

Margarida Maria Soliz M. P. Fernandes

Trinta anos de pontes e cruzamentos entre álcool, drogas ilícitas e comportamentos de risco na era do VIH/SIDA

Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2014

Margarida Maria Soliz M. P. Fernandes

Trinta anos de pontes e cruzamentos entre álcool, drogas ilícitas e comportamentos de risco na era do VIH/SIDA

Universidade Fernando Pessoa
Porto, 2014

Margarida Maria Soliz M. P. Fernandes

Trinta anos de pontos e cruzamentos entre álcool, drogas ilícitas e comportamentos de risco na era do VIH/SIDA

Tese apresentada à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais sob a orientação da Prof.^a Doutora Zélia de Macedo Teixeira.

RESUMO

MARGARIDA MARIA SOLIZ M. P. FERNANDES: Trinta anos de pontes e cruzamentos entre álcool, drogas ilícitas e comportamentos de risco na era do VIH/SIDA

(Sob orientação da Prof.^a Doutora Zélia de Macedo Teixeira)

A presente dissertação dedica-se à intersecção de duas áreas que se revestem de uma enorme pertinência para a saúde pública: a infecção pelo VIH/SIDA e o consumo de substâncias psicoativas, mais especificamente o consumo de álcool e de heroína. Os comportamentos de risco assumem um papel central de ligação entre estas duas problemáticas. A associação entre risco para a infecção pelo VIH/SIDA no grupo de utilizadores de substâncias ilícitas, nomeadamente a heroína pela via injetada, é recorrente. Todavia, a ligação entre esse mesmo risco e o consumo de álcool é rara e menos consensual.

A primeira parte – enquadramento teórico – desdobra-se na descrição e análise das várias dimensões destes temas (desde a epidemiologia, à situação jurídico/política, entre outros). A segunda parte sustenta-se em três estudos empíricos, dois de índole quantitativa, e o último de índole qualitativa, sequenciais no se refere aos dois primeiros, mas complementares entre si. O primeiro estudo, de cariz exploratório, centrou-se na análise dos comportamentos de risco auto-percecionados, dos comportamentos de risco efetivos, e dos conhecimentos sobre VIH/SIDA (com o instrumento QCVIH), numa amostra de 60 sujeitos dependentes de álcool. O segundo estudo, na sequência dos resultados obtidos com o estudo um, introduziu uma nova dimensão - as estratégias de prevenção da infeção (com o instrumento QEPVIH) - e comparou três grupos distintos (dependentes de álcool, dependentes de heroína e sujeitos sem dependência de substâncias) em relação a um conjunto alargado de variáveis. O terceiro estudo, qualitativo, contém uma dimensão de exploração de significados e experiências transparente nas vozes individuais de dez dependentes de álcool e dez dependentes de substâncias ilícitas (predominantemente a heroína) relativas às temáticas dos consumos e da infeção pelo VIH/SIDA

Os resultados encontrados apontam para a necessidade de um maior investimento em medidas de detecção do VIH/SIDA e de prevenção da infeção mais adequadas e efetivas em termos globais, para uma análise cuidada do conceito de perceção de risco, mas essencialmente suporta uma reflexão mais profunda sobre a influência do consumo de álcool nos comportamentos de risco para infeção, e sobre a pertinência de um olhar mais distinto dirigido aos dependentes de álcool enquanto grupo com uma vulnerabilidade apreciável para a infeção do VIH/SIDA.

ABSTRACT

MARGARIDA MARIA SOLIZ M. P. FERNANDES: Thirty years of bridges and crossroads between alcohol, illicit drugs and risk behavior in the era of HIV / AIDS
(Under the orientation of Prof.^a Doutora Zélia de Macedo Teixeira)

The present dissertation is dedicated to the intersection of two areas clothed in enormous boost pertinence for public health: infection of HIV/AIDS and psychoactive drug use (specifically alcohol and heroin). Risk behaviour plays a central role in connecting these two areas. The link between risk of infection of HIV/AIDS and illicit drug users, namely heroin through IV injection, is recurring. Nonetheless, the link between the same risk and alcohol consumption is rare and less agreed upon.

The first chapter - theoretical framework – is divided in the description and analysis of the various aspects of these two subjects (from epidemiology to the legal/political scenario, amongst others). The second chapter is grounded in three empirical studies, two of quantitative nature (the latter chained to the first), and the latter of qualitative nature, which complement one another between them. The first study, of an exploratory nature, is focused on analysing perceived, as well as real, risk behaviours, and knowledge on HIV/AIDS (using the questionnaire QCVIH), on a sample of 60 alcohol dependent subjects. The second study, following the results obtained in study 1, introduced a new dimension: strategies in preventing HIV infection (using the questionnaire QEPVIH) and compared three groups (alcohol dependents, heroin dependents and subjects without any substance dependence history), considering a wider group of variables. The third study of a qualitative nature, contains an aspect of exploration of meanings and experiences which transpired in the individual voices of 10 alcohol dependents and 10 illicit drug dependents (mainly of heroin), about consumption and HIV/AIDS infection.

The results obtained point to the need of the larger investment in more adequate and effective measures of HIV/AIDS detection and infection prevention; these results fundamentally support a deeper exploration on the influence of alcohol consumption in infection risk behaviours and on the pertinence of a more distinctive approach directed

to alcohol dependents as a group with a sizeable vulnerability to infection of HIV/AIDS.

RÉSUMÉ

MARGARIDA MARIA SOLIZ M. P. FERNANDES: Trente ans de ponts et croisements entre l'alcool, les drogues illicites et les comportements à risque dans l'ère du VIH/SIDA

(Sous la supervision du Prof.^a Doutora Zélia de Macedo Teixeira)

Cette dissertation se dédie à l'intersection de deux domaines qui se revêtent d'une énorme pertinence pour la santé publique: l'infection par le VIH/SIDA et la consommation de substances psychoactives, en particulier la consommation de l'alcool et de l'héroïne. Les comportements de risque assument un rôle central de liaison entre ces deux problématiques, où, dans le cas des consommateurs de substances illicites par injection, l'association au risque d'infection par VIH/SIDA est fréquente; par contre, la liaison entre ce même risque et la consommation de l'alcool est rare et moins consensuelle.

La première partie – l'encadrement théorique – se dédouble dans la description et analyse des plusieurs dimensions de ces thèmes (à commencer par l'épidémiologie, passant par la situation juridique/politique, entre autres). La deuxième partie se soutient en trois études empiriques. Deux de caractère quantitatif, et le dernier, de caractère qualitatif. En séquence, en ce qui concerne les deux premiers, mais complémentaires entre eux. La première étude, de caractère exploratoire, se centre dans l'analyse des comportements de risque effectifs, tant que auto-perceptionnés, et dans les connaissances sur le thème du VIH/SIDA (en appliquant le questionnaire QCVIH), dans un group de 60 sujets dépendants d'alcool. La deuxième étude, à la suite des résultats obtenus dans l'étude un, a introduit une nouvelle dimension - les stratégies de prévention de l'infection (en appliquant le questionnaire QEPVIH) - et a comparé trois groupes (dépendants de l'alcool, dépendants de l'héroïne et des personnes sans aucune dépendance de substances). La troisième étude, qualitative, contient une dimension d'exploration de significations et expériences transparentes dans les voix individuelles de dix dépendants de l'alcool, et dix dépendants de substances illicites (avec prédominance à l'héroïne), en ce que concerne les consommations et le VIH/SIDA.

Les résultats trouvés indiquent le besoin d'un investissement plus grand au niveau des mesures de détection du VIH/SIDA et de la prévention de l'infection plus adéquates et efficaces dans le global, pointent pour une analyse plus profonde du concept de perception du risque, mais surtout, les résultats nous mènent à une réflexion plus profonde au sujet de l'influence de la consommation de l'alcool dans les comportements de risque vers l'infection, et sur la pertinence d'un regard plus profond dirigé au dépendants de l'alcool en tant que groupe avec une vulnérabilité appréciable pour l'infection du VIH/SIDA, jusqu'à nos jours apparemment non considérée.

DEDICATÓRIA

Aos cerca de 1,7 milhões de pessoas que já morreram de SIDA nos últimos 30 anos, aos milhões de pessoas que vivem com ela e a todos os que desconhecem que estão infetados com o VIH/SIDA, dedico esta tese.

AGRADECIMENTOS

Seriam necessárias quase tantas páginas quantas este trabalho tem para agradecer a quem direta ou indiretamente teve um contributo para que conseguisse levar a cabo este trabalho. Nesse sentido, irei agradecer apenas a um pequeno leque de pessoas e instituições. A todos aqueles cuja referência não consta nestes agradecimentos, o meu eterno obrigado.

O meu primeiro agradecimento vai para a Administração Regional de Saúde, na pessoa do Dr. Adelino Vale Ferreira, Coordenador da Divisão dos Comportamentos Aditivos e de Dependências pois sem o seu apoio, no início como Delegado Regional do IDT IP do Norte, a realização deste trabalho não teria sido possível.

Também não esquecerei a colaboração dos Coordenadores dos Centros de Respostas Integradas do Porto Oriental e de Viana do Castelo, que tão bem me receberam e possibilitaram a recolha dos dados, não descurando todos os técnicos pela gentileza e disponibilidade.

Aos dirigentes da Unidade de Alcoologia (a minha segunda casa), Dr. Rui Moreira, Dra. Laura Lessa, e Dr. Alcino Fernandes, que nos anos em que este projeto decorreu me facilitaram a recolha dos dados, ao mesmo tempo que promoveram o meu enriquecimento profissional e pessoal.

Aos meus colegas de trabalho (UA), que considero também meus amigos, pela preocupação, pelo cuidado e atenção demonstrada, o meu obrigado.

Aos meus alunos da Universidade Sénior Florbela Espanca de Matosinhos, pelo interesse, pelo carinho, pela estimulação e pelo exemplo.

À Clara Reis... em relação a quem tenho dificuldade em arranjar adjetivos que demonstrem a minha gratidão pela enorme amizade.

Ao Jonas... pelo afeto e pela disponibilidade. Prometo que nunca mais o chateio às duas da manhã para me ajudar a traduzir um termo, ou expressão.

À Prof.^a Doutora Zélia de Macedo Teixeira, que mais do que orientadora foi a minha guia. Exigente mas sempre disponível e motivadora, mesmo nos momentos mais difíceis. Sem ela este caminho teria sido tortuoso senão mesmo impossível.

Aos meus pais e irmãos, pelo amor... ao Sérgio um agradecimento acrescido por nunca me ter cobrado pelas quatro impressoras que consegui avariar!

Ao Miguel, o amor da minha vida, por ainda estar ao meu lado. Finalmente vai poder entrar no escritório!

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	Página 1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. Sida – Uma síndrome na idade adulta	
1.1. Trinta anos de infeção pelo VIH/SIDA	9
1.2. O início de uma epidemia	11
1.3. Epidemiologia	14
1.3.1. O VIH/SIDA no Mundo	16
1.3.2. O VIH/SIDA na Europa	20
1.3.3. O VIH/SIDA em Portugal	23
1.4. Diagnóstico, Tratamento e terapêuticas	30
1.4.1. Diagnóstico da infeção	30
1.4.2. A deteção precoce da infeção pelo VIH/SIDA	39
1.4.3. Terapêutica farmacológica - Antirretrovirais	40
1.4.4. O Aconselhamento prévio e posterior à realização do teste de deteção	43
1.5. Enquadramento político/jurídico do VIH/SIDA	46
1.5.1. Enquadramento político/Jurídico do VIH/SIDA no Mundo	46
1.5.2. Enquadramento político/Jurídico do VIH/SIDA na Europa	53
1.5.3. Enquadramento político/Jurídico do VIH/SIDA em Portugal	54
2. Adições - 50 anos após os anos 60	
2.1. Quarenta anos de drogas: um fenómeno pós-revolução de Abril	65
2.2. Epidemiologia	
2.2.1. Epidemiologia das drogas ilícitas	66
2.2.1.1. A nível mundial	66
2.2.1.2. A nível europeu	69

2.2.1.3. A nível nacional	74
2.2.2. Epidemiologia do consumo de álcool	79
2.2.2.1. A nível mundial	79
2.2.2.2. A nível europeu	83
2.2.2.3. A nível nacional	86
2.3. Diagnóstico, tratamento e terapêuticas	90
2.4. Enquadramento político / jurídico do consumo de substâncias	92
2.4.1. Enquadramento político/Jurídico das drogas ilícitas na Europa	93
2.4.2. Enquadramento político/Jurídico das drogas em Portugal	95
2.4.3. Enquadramento político/jurídico do álcool na Europa	102
2.4.4. Enquadramento político/jurídico do álcool em Portugal	106
3. Pontos e cruzamentos do VIH/SIDA e dependência de substâncias	
3.1. SIDA e dependência de substâncias, as duas faces da mesma moeda	111
3.2. Epidemiologia do VIH/SIDA e consumo de substâncias	113
3.2.1. A nível mundial	113
3.2.2. A nível europeu	114
3.2.3. A nível nacional	115
3.3. O consumo de substâncias e o VIH/SIDA	118
3.4. Risco, percepção de risco e comportamentos de risco	121
3.5. Modelos de compreensão dos comportamentos de saúde relacionados com o VIH/SIDA	126
3.5.1. Os Modelos Gerais	128
3.5.1.1. O modelo das crenças na saúde (MCS)	128
3.5.1.2. Teoria da motivação para a proteção (TMP)	131
3.5.1.3. A teoria da ação fundamentada e a Teoria do comportamento planeado	133
3.5.1.4. Modelo Transteórico da Mudança	134
3.5.2. Os modelos de compreensão específicos para o VIH/SIDA	136
3.5.2.1. Modelo de redução de risco da SIDA (ARRM)	136
3.5.2.2. Modelo de Informação-Motivação e Aptidões Comportamentais	137
3.5.2.3. Modelo sustentado nas <i>Sexual webs</i>	138

3.5.3. Um modelo específico de exposição dos consumidores de substâncias ao risco de infecção pelo VIH/SIDA	139
3.5.3.1. Um modelo original de exposição a situações de risco	139
3.6. Convergências e Divergências das políticas e práticas legislativas nacionais nos domínios do álcool e das drogas ilícitas face à infecção pelo VIH/SIDA	142
4. Reflexão do enquadramento teórico	149

CAPÍTULO II – PARTE PRÁTICA

1. Introdução aos estudos empíricos	153
2. Estudo 1: À descoberta de associações entre Dependência de Álcool, doenças hepáticas víricas (VHB e VHC) e VIH/SIDA.	161
2.1. Método	164
2.1.1. Amostra	164
2.1.2. Instrumentos da avaliação	164
2.1.2.1. Características psicométricas Questionário de conhecimentos sobre o VIH/SIDA (QCVIH)	166
2.1.2.1.1. Análise fatorial	167
2.1.2.1.2. Consistência interna	168
2.1.3. Procedimentos	170
2.1.3.1. Recolha dos dados	170
2.1.3.2. Análise estatística dos dados	170
2.2. Apresentação dos resultados	171
2.2.1. Análise descritiva	171
2.2.1.1. Análise descritiva dos dados obtidos com a entrevista estruturada	171
2.2.1.1.1. Dados socioemográficos	172
2.2.1.1.2. Perceção individual e prática de comportamentos de risco	173
2.2.1.1.3. Consumos de álcool e relacionamento sexual	175
2.2.1.1.4. Rastreio de doenças infecciosas (VHB, VHC e VIH/SIDA)	179
2.2.1.1.5. Perceção individual de comportamentos de risco e práticas efetivas de risco	183
2.2.1.1.6. Perceção individual de Comportamentos de risco e efeito do álcool no relacionamento sexual	185
2.2.1.1.7. Perceção individual de Comportamentos de risco e rastreio de VHB, VHC e VIH	186

2.2.1.2. Análise descritiva dos dados obtidos com o Questionário de conhecimentos/informação sobre o VIH/SIDA (QCVIH)	189
2.2.2. Análise de associação entre variáveis	193
2.2.2.1. Perceção individual de comportamentos de risco	194
2.2.2.2. Álcool e comportamentos de risco	199
2.2.2.3. Consumo de substâncias lícitas e ilícitas	208
2.2.2.4. Despiste do VHB, VHC e VIH/SIDA e comportamentos de risco	211
2.2.3. Análise correlacional	216
2.2.4. Análise diferencial	217
2.2.4.1. Diferenças de género	217
2.2.4.2. Diferenças quanto ao historial de consumo de substâncias ilícitas	219
2.3. Discussão dos resultados	221
2.4. Conclusão	228
3. Estudo 2: Abrindo o caminho às comparações - Conhecimentos e comportamentos relativos ao VIH/SIDA de Dependentes de Substâncias (álcool e drogas) e de Pessoas Sem Dependência de Substâncias.	231
3.1. Método	234
3.1.1. Amostra	234
3.1.2. Instrumentos de avaliação	235
3.1.2.1. Características psicométricas do instrumento (QEPVIH)	237
3.1.2.1.1. Análise fatorial	237
3.1.2.1.2. Consistência interna	239
3.1.3. Procedimentos	240
3.1.3.1. Recolha de dados	240
3.1.3.2. Análise estatística dos dados	241
3.2. Apresentação dos resultados	242
3.2.1. Análise descritiva	242
3.2.1.1. Análise descritiva dos dados obtidos com a entrevista estruturada nos três grupos	242
3.2.1.1.1. Dados sociodemográficos	243

3.2.1.1.2. Relacionamentos e Parceiros	250
3.2.1.1.3. Percepção e práticas de comportamentos de risco	253
3.2.1.1.4. Consumo de álcool e relacionamento sexual	256
3.2.1.1.5. Rastreamento do VIH/SIDA	260
3.2.1.1.6. Consumos de substâncias lícitas e ilícitas	264
3.2.1.2. Análise descritiva dos dados obtidos com o Questionário de conhecimentos/informação sobre o VIH/SIDA (QCVIH)	269
3.2.1.3. Análise descritiva dos dados obtidos com o Questionário de Estratégias de Prevenção do VIH/SIDA (QEPVIH)	273
3.2.2. Análise inferencial	287
3.3. Discussão dos resultados	302
3.4. Conclusão	308
4. Estudo 3: Análise qualitativa dos discursos de dois grupos, sobre o significado das temáticas do VIH/SIDA e dependência de substâncias.	311
4.1. A metodologia qualitativa	313
4.2. Método	315
4.2.1. Amostra	315
4.2.2. Instrumentos	317
4.2.3. Procedimentos	318
4.2.3.1. Recolha de dados	318
4.2.3.2. Análise dos dados	318
4.3. Apresentação dos resultados	320
4.3.1. Significados emergentes da questão 1	320
4.3.1.1. Respostas do grupo de participantes toxicodependentes	320
4.3.1.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos	322
4.3.2. Significados emergentes da questão 2	323
4.3.2.1. Respostas do grupo de participantes toxicodependentes	323
4.3.2.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos	326
4.3.3. Significados emergentes da questão 3	328
4.3.3.1. Respostas do grupo de participantes toxicodependentes	328
4.3.3.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos	330
4.3.4. Significados emergentes da questão 4	331

4.3.4.1. Respostas do grupo de participantes toxicodependentes	331
4.3.4.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos	334
4.3.5. Significados emergentes da questão 5	336
4.3.5.1. Respostas do grupo de participantes toxicodependentes	336
4.3.5.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos	338
4.3.6. Significados emergentes da questão 6	339
4.3.6.1. Respostas do grupo de participantes toxicodependentes	339
4.3.6.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos	341
4.3.7. Significados emergentes da questão 7	344
4.3.7.1. Respostas do grupo de participantes toxicodependentes	344
4.3.7.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos	346
4.3.8. Significados emergentes da questão 8	347
4.3.8.1. Respostas do grupo de participantes toxicodependentes	347
4.3.8.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos	349
4.3.9. Significados emergentes da questão 9	350
4.3.9.1. Respostas do grupo de participantes toxicodependentes	350
4.3.9.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos	351
4.3.10. Discurso do grupo	353
4.4. Conclusão	357
5. Pontes e cruzamentos entre os três Estudos	363
REFLEXÕES FINAIS E CONCLUSÃO	369
BIBLIOGRAFIA	375
ANEXOS	393

ÍNDICE DE QUADROS

	Página
Quadro 1	19
Quadro 2	24
Quadro 3	25
Quadro 4	27
Quadro 5	42
Quadro 6	115
Quadro 7	154
Quadro 8	167
Quadro 9	168
Quadro 10	169
Quadro 11	172
Quadro 12	173
Quadro 13	174
Quadro 14	175
Quadro 15	176
Quadro 16	176

no Relacionamento Sexual.

Quadro 17	Dados Relativos ao Cruzamento da Variável “Álcool Interfere No Relacionamento Sexual” e as Variáveis Relativas aos Efeitos do Álcool.	177
Quadro 18	Frequências da Amostra Relativamente à História De Consumo de Drogas, Tipo de Droga e Consumo Atual.	178
Quadro 19	Frequências Da Amostra Quanto ao Tempo de Início de Consumo e de Consumo Abusivo de Drogas.	178
Quadro 20	Frequências da Amostra em Relação ao Rastreamento de VHB, VHC.	179
Quadro 21	Frequências da Amostra em Relação ao Rastreamento do VIH/SIDA.	180
Quadro 22	Frequências Relativas à Realização de Rastreamento do HVB, HVC e HIV/SIDA e dos seus Resultados por Parte dos Parceiros dos Elementos da Amostra.	181
Quadro 23	Dados Referentes ao Cruzamento das Variáveis “Consumo de Drogas” e Realização dos Testes de Despiste do VHB, VHC e VIH/SIDA.	182
Quadro 24	Dados Referentes ao Cruzamento da Variável “Percepção dos seus Comportamentos de Risco” com Variáveis Relativas aos Comportamentos de Risco Efetivos.	183
Quadro 25	Dados Referentes ao Cruzamento da Variável “Percepção dos seus Comportamentos de Risco” com as Variáveis Relativas aos Comportamentos de Risco Propriamente Ditos – “Sexo em Grupo” e “Relações Sexuais Que Não Se Lembra Como Aconteceram”.	184
Quadro 26	Dados Referentes ao Cruzamento da Variável “Percepção dos seus Comportamentos de Risco” com as Variáveis Relativas aos Comportamentos de Risco Propriamente Ditos – “Mais Que Um Parceiro no Último Ano”, “Relações Sexuais Sob o Efeito do Álcool” e “Recorrer aos Serviços Sexuais de Prostitutas(os)”.	184
Quadro 27	Dados Referentes ao Cruzamento da Variável “Percepção dos seus Comportamentos de Risco”, com as Variáveis Relativas à Interferência do Álcool nos Relacionamentos Sexuais e ao Efeito do Álcool.	185
Quadro 28	Dados referentes ao Cruzamento da Variável “Percepção dos seus Comportamentos de Risco”, com as Variáveis Relativas à Realização dos Testes de Despiste do VHB, VHC e VIH/SIDA.	186
Quadro 29	Dados Referentes ao Cruzamento da Variável “Percepção dos seus Comportamentos de Risco” e as Variáveis Relativas à Realização dos Testes de Rastreamento do VHB, VHC e VIH por Parte dos Parceiros.	187
Quadro 30	Dados Referentes ao Cruzamento da Variável “Consumo de Drogas”, com as Variáveis Relativas à Realização dos Testes de Despiste do VHB, VHC e VIH/SIDA.	187

Quadro 31	Frequência do Número de Respostas Certas ao QVIH.	190
Quadro 32	Hierarquização dos Itens do QCVIH, por Ordem Decrescente, de acordo com o Número de Sujeitos que Erraram ou Não Responderam.	191
Quadro 33	Dados Referentes ao Cruzamento do Item “Existe Uma Vacina Que Nos Protege do HIV/SIDA”, com o Item “Não Há Maneira de Nos Protegermos Contra o HIV/SIDA”.	192
Quadro 34	Dados Referentes ao Nível de Conhecimento Sobre VIH/SIDA dos Elementos da Amostra.	193
Quadro 35	Análise da Associação Entre a Variável Relativa à Auto-Percepção dos Comportamentos de Risco e as Variáveis do Questionário Sociodemográfico, da Entrevista Semiestruturada e do QCVIH.	194
Quadro 36	Tabela de contingência das variáveis “Percepção dos seus comportamentos de risco”, “Número de parceiros ao longo da vida”.	195
Quadro 37	Tabela de contingência das variáveis “Percepção dos seus comportamentos de risco”, “Sexo sem preservativo” e “Sexo sem preservativo com desconhecidos”.	196
Quadro 38	Tabela de contingência das variáveis “Percepção dos seus comportamentos de risco” e “álcool como desinibidor”.	197
Quadro 39	Tabela de contingência das variáveis “Percepção dos seus comportamentos de risco” e “idade de consumo excessivo de álcool”.	197
Quadro 40	Tabela de contingência das variáveis “Percepção dos seus comportamentos de risco” e “Já consumiu ou consome drogas ilícitas”.	198
Quadro 41	Tabela de contingência das variáveis “Percepção dos seus comportamentos de risco” e “Fez teste do VIH/SIDA”.	198
Quadro 42	Análise da Associação Entre as Variáveis Relacionadas com o Consumo de Álcool e os Comportamentos Sexuais.	199
Quadro 43	Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais sob o efeito do álcool”, “Número de parceiros ao longo da vida”.	200
Quadro 44	Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais sob o efeito do álcool” e “Gênero”.	200
Quadro 45	Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais sob o efeito do álcool”, “Relações que não lembra como aconteceram”.	201
Quadro 46	Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais sob o efeito do álcool”, “Sexo sem preservativo com desconhecido” e “Recorrer a prostitutas”.	201
Quadro 47	Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais sob o efeito do álcool”, “Idade de início de consumo de álcool”.	202
Quadro 48	Análise da Associação Entre a Variável “Relações Sexuais Que	202

Não Se Lembra Como Aconteceram” e as Variáveis da Entrevista Estruturada.

Quadro 49	Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais que não se lembra como aconteceram” e “Número de parceiros ao longo da vida”.	203
Quadro 50	Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais que não se lembra como aconteceram” e “Mais de um parceiro no ultimo ano”.	203
Quadro 51	Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais que não se lembra como aconteceram”, “Sexo sem preservativo com desconhecido” e “Recorrer a prostitutas”.	203
Quadro 52	Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais que não se lembra como aconteceram” e “Álcool como desinibidor”.	204
Quadro 53	Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais que não se lembra como aconteceram” e “Fez teste do VIH/SIDA”.	204
Quadro 54	Análise da Associação Entre a Varável “Álcool Como Desinibidor” e as Variáveis Relativas aos Comportamentos de Risco e aos Efeitos do Álcool.	205
Quadro 55	Tabela de contingência das variáveis “Álcool como Desinibidor”, “Número de Parceiros ao Longo da Vida”.	205
Quadro 56	Tabela de contingência das variáveis “Álcool como Desinibidor” e “Mais de um parceiro no último ano”.	205
Quadro 57	Tabela de contingência das variáveis “Álcool como Desinibidor”, “Sexo sem preservativo com desconhecido” e “Recorrer a prostitutas”.	206
Quadro 58	Tabela de contingência das variáveis “Álcool como Desinibidor”, “Álcool como Inibidor” e “Álcool como Excitante”.	206
Quadro 59	Análise da Associação Entre a Variável “Álcool Como Excitante” e as Variáveis Relativas aos Comportamentos de Risco e aos Efeitos do Álcool.	207
Quadro 60	Tabela de contingência das variáveis “Álcool como Excitante” e “Gênero”.	207
Quadro 61	Tabela de contingência das variáveis “Álcool como Excitante”, “Sexo sem preservativo com desconhecido” e “Recorrer a prostitutas”.	208
Quadro 62	Tabela de contingência das variáveis “Álcool como Excitante” e “Álcool como Inibidor”.	208
Quadro 63	Dados Relativos à Associação Entre a Variável “Já Consumiu ou Consome Drogas” e as Variáveis da Entrevista Estruturada.	209
Quadro 64	Tabela de contingência das variáveis “Já Consumiu ou Consome Drogas Ilícitas”, “Percepção dos Seus Comportamentos de Risco” e “Mais de Um Parceiro no Último Ano”.	210
Quadro 65	Tabela de contingência das variáveis “Já Consumiu ou Consome	210

	Drogas Ilícitas”, “Sexo Sem Preservativo com Desconhecido” e “Sexo em Grupo”.	
Quadro 66	Tabela de contingência das variáveis “Já Consumiu ou Consome Drogas Ilícitas”, “Fez Teste do VIH/SIDA” e “Fez Teste da Hepatite C”.	211
Quadro 67	Dados Relativos à Associação Entre as Variáveis relativas aos testes de despiste (VIH/SIDA, VHB e VHC).	212
Quadro 68	Tabela de contingência das variáveis “Álcool como Excitante” e “Álcool como Inibidor”.	212
Quadro 69	Tabela de contingência das variáveis “Fez Teste do VIH/SIDA”, “Fez Teste da Hepatite B” e “Fez Teste da Hepatite C”.	213
Quadro 70	Tabela de contingência das variáveis “Fez Teste da Hepatite B” e “Fez Teste da Hepatite C”.	213
Quadro 71	Análise fatorial do QEPVIH, Variância total explicada.	238
Quadro 72	Matriz de componentes rodada.	239
Quadro 73	Estratégias ilusórias.	239
Tabela 74	Estratégias realistas.	240
Quadro 75	Distribuição da Amostra de Dependentes de Álcool (G1) por Grupo Etário, Estado Civil e Escolaridade.	244
Quadro 76	Distribuição da amostra de dependentes de drogas ilícitas (G2) por Grupo Etário, Estado Civil e Escolaridade.	246
Quadro 77	Distribuição da amostra de dependentes de drogas ilícitas (G2) por Profissão e Situação Profissional.	247
Quadro 78	Distribuição do grupo de não dependentes (G3) por Grupo Etário e Estado Civil.	248
Quadro 79	Distribuição do grupo de não dependentes (G3) por Escolaridade, Profissão e Situação Profissional.	249
Quadro 80	Frequências das variáveis relativas aos relacionamentos e parceiros para os grupos 1, 2 e 3.	252
Quadro 81	Frequências das variáveis relativas aos conhecimentos e práticas de comportamentos de risco para os grupos 1, 2 e 3.	256
Quadro 82	Frequências das variáveis relativas à associação entre consumo de álcool e relações sexuais para os grupos 1, 2 e 3.	259
Quadro 83	Frequências das variáveis relativas ao despiste do VIH/SIDA para os grupos 1, 2 e 3.	263
Quadro 84	Frequências da variável “idade de início de consumo de álcool (grupo etário)”, “idade de início de consumo nocivo de álcool (grupo etário)” e “unidades de medida padrão consumidas por dia” para os grupos 1, 2 e 3.	267
Quadro 85	Frequências das variáveis “consumo de drogas ilícitas”, “tipo de droga”, idade de início de consumo de drogas (grupo etário” e “consumo atual” para os grupos 1, 2 e 3.	268

Quadro 86	Número de questões acertadas no questionário 1 pelos grupos 1, 2 e 3.	269
Quadro 87	Organização decrescente dos itens menos acertados pelo G1.	270
Quadro 88	Organização decrescente dos itens menos acertados pelo G2.	271
Quadro 89	Organização decrescente dos itens menos acertados pelo G3.	272
Quadro 90	Frequências relativas ao nível de conhecimento sobre o VIH/SIDA dos três grupos.	273
Quadro 91	Dados referentes à implementação de estratégias de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA (QEPVIH), itens 1 a 4.	274
Quadro 92	Dados referentes à implementação de estratégias de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA (QEPVIH), itens 5 a 8.	276
Quadro 93	Dados referentes à implementação de estratégias de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA (QEPVIH), itens 9 a 12.	278
Quadro 94	Dados referentes à implementação de estratégias de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA (QEPVIH), itens 13 a 16.	279
Quadro 95	Dados referentes à implementação de estratégias de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA (QEPVIH), itens 17 a 20.	281
Quadro 96	Dados referentes à implementação de estratégias de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA (QEPVIH), itens 21 a 25.	283
Quadro 97	Dados referentes às estratégias (realistas e ilusórias) e aos fatores que o Q2 contempla, para os grupos 1, 2 e 3.	285
Quadro 98	Tabela de contingência das variáveis “grupo” e auto-perceção de comportamentos de risco.	288
Quadro 99	Significância das diferenças entre os grupos relativamente aos comportamentos de risco.	289
Quadro 100	Comparação dos grupos segundo o Teste de Tukey.	289
Quadro 101	Tabela de contingência das variáveis “grupo” e realização de VIH/SIDA.	290
Quadro 102	Análise das diferenças na proporção do resultado do teste do VIH/SIDA entre os três grupos.	291
Quadro 103	Significância das diferenças entre os grupos relativamente ao número de respostas corretas no QCVIH.	292
Quadro 104	Comparação dos grupos segundo o Teste de Tukey.	292
Quadro 105	Significância das diferenças entre os grupos relativamente às estratégias de proteção realistas.	293
Quadro 106	Comparação dos grupos segundo o Teste de Tukey.	293
Quadro 107	Estratégias ilusórias e perceção do risco.	294
Quadro 108	Correlação entre as estratégias realistas e o número de resposta corretas ao QCVIH.	295
Quadro 109	Significância das diferenças entre os grupos relativamente às	295

estratégias de proteção ilusórias.

Quadro 110	Comparação dos grupos segundo o Teste de Tukey.	296
Quadro 111	Comparação dos grupos segundo o Teste de Tukey.	296
Quadro 112	Classificação do modelo da regressão.	297
Quadro 113	Omnibus Tests of Model Coefficients.	297
Quadro 114	Sumário do modelo.	298
Quadro 115	Hosmer and Lemeshow Test.	298
Quadro 116	Variáveis da equação do modelo de regressão logística (H13).	298
Quadro 117	Sumário do modelo da regressão para a H14.	299
Quadro 118	Anova.	299
Quadro 119	Coeficientes da Regressão da H14.	300
Quadro 120	Classificação do modelo da regressão.	300
Quadro 121	Omnibus Tests of Model Coefficients.	301
Quadro 122	Sumário do modelo.	301
Quadro 123	Hosmer and Lemeshow Test.	301
Quadro 124	Variáveis da equação.	302
Quadro 125	Caracterização da amostra quanto ao número de sujeito, grupo de participante, género, idade, estado civil, escolaridade, profissão e situação profissional.	316
Quadro 126	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 1 com o GPT.	320
Quadro 127	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 1 com o GPA.	322
Quadro 128	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 2 com o GPT.	324
Quadro 129	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 2 com o GPA.	327
Quadro 130	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 3 com o GPT.	329
Quadro 131	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 3 com o GPA.	331
Quadro 132	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 4 com o GPT.	332
Quadro 133	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 4 com o GPA.	335
Quadro 134	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 5 com o GPT.	337
Quadro 135	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 5 com o GPA.	338

Quadro 136	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 6 com o GPT.	340
Quadro 137	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 6 com o GPA.	342
Quadro 138	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 7 com o GPT.	345
Quadro 139	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 7 com o GPA.	347
Quadro 140	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 8 com o GPT.	348
Quadro 141	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 8 com o GPA.	349
Quadro 142	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 9 com o GPT.	351
Quadro 143	Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 9 com o GPA.	352

ÍNDICE DE FIGURAS

		Página
Figura 1	Exemplo do impacto dos diferentes testes na diminuição do período de janela e conseqüentemente na detecção mais precoce da infecção.	38
Figura 2	Total de adultos (>15) por consumo per capita, em litros de álcool puro (WHO, 2005).	80
Figura 3	Distribuição das bebidas alcoólicas mais consumidas, em litros de álcool puro em 2005 (WHO, 2011).	81
Figura 4	Tendências no padrão de consumo no mundo em 2005 (WHO, 2011).	82
Figura 5	Fluxograma da evolução política e jurídica das respostas públicas aos problemas das drogas (lícitas e ilícitas).	100
Figura 6	Modelo estrutural da avaliação subjetiva do risco de Rohrmann (2008).	126
Figura 7	Modelo de crenças na saúde (Coleta, 1999; Strecher & Rosenstock, 1997).	130
Figura 8	Esquema dos Processos de Mediação Cognitiva da Teoria da Motivação para a Proteção (Adaptado de Rippetoe e Rogers, 1987).	132
Figura 9	Teoria da Ação Racional (TAR) (Fishbein & Ajzen, 1975).	134
Figura 10	Modelo de Informação-Motivação e Aptidões Comportamentais (Fisher, Fisher, & Shuper, 2009).	138
Figura 11	Modelo de exposição a situações de risco (Pechansky, 2001).	140
Figura 12	Processo de codificação dos discursos em categorias.	319

ÍNDICE DE GRÁFICOS

		Página
Gráfico 1	Estimativas globais do número de novas infeções, 1990-2008.	17
Gráfico 2	Estimativas globais de pessoas a viver com VIH, 1990-2008.	18
Gráfico 3	Evolução da infeção pelo VIH/SIDA por categoria de transmissão (em percentagem), 1998-2011.	23
Gráfico 4	Taxa de mortalidade padronizada por SIDA antes dos 65 anos / 100 000 habitantes.	25
Gráfico 5	Taxa de mortalidade padronizada por SIDA antes dos 65 anos / 100 000 habitantes, por Região.	26
Gráfico 6	Evolução de casos notificados vivos de 1983 a 2012.	28
Gráfico 7	Evolução de casos de mortes notificadas de 1983 a 2012, distinguindo portadores assintomáticos, sintomáticos não-SIDA e SIDA.	28
Gráfico 8	Prevalência de consumo de drogas no último ano na EU.	73
Gráfico 9	Comparação de prevalências de consumo ao longo da vida (2001 e 2007), por tipo de droga em Portugal.	74
Gráfico 10	Comparação de prevalências de consumo nos últimos 30 dias (2001 e 2007), por tipo de droga em Portugal.	75
Gráfico 11	Comparação das taxas de continuidade do consumo (2001 e 2007), por tipo de droga em Portugal.	76
Gráfico 12	Utentes em ambulatório na rede pública.	77
Gráfico 13	Óbitos gerais relacionados com o consumo de droga.	78
Gráfico 14	Tipo de bebidas mais consumidas em todo o mundo.	81
Gráfico 15	Total de Consumo per capita de adultos (>15anos) na EU 27 em 2005.	84
Gráfico 16	Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas em Portugal em 2001 e 2007.	86
Gráfico 17	Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas (em percentagem) no último ano, em Portugal nos anos 2001 e 2007.	87
Gráfico 18	Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas, no último ano (2007), por grupos de idade.	87

Gráfico 19	Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas, ao longo da vida, por gênero em 2001 e 2007.	88
Gráficos 20	Notificações de Infecção pelo VIH Associados ou não à a), b), c) e d) Toxicodependência, nos diferentes estádios da infecção.	116

ÍNDICE DE ANEXOS

		Página
Anexo I	Timelines	395
	Timeline das políticas e disposições jurídicas para o VIH/SIDA em Portugal.	
	Timeline das políticas e disposições jurídicas para as drogas em Portugal.	
Anexo II	Critérios de diagnóstico para Abuso e Dependência de Substâncias (DSM-IV).	417
Anexo III	Instrumentos administrados	419
	Formulário de consentimento (estudo 1 e 2)	
	Entrevista estruturada (estudo 1)	
	Questionário de conhecimentos sobre VIH/SIDA (QCVIH)	
	Entrevista estruturada (estudo 2)	
	Questionário de estratégias de prevenção do VIH/SIDA (QEPVIH)	
	Formulário de consentimento (estudo 3)	
	Entrevista (estudo 3)	

LISTA DE ABREVIATURAS

ADR	Aconselhamento, Diagnóstico e Referenciação
ARS	Administração Regional de Saúde
CAD	Centros de Aconselhamento e Detecção precoce do VIH
CID 10	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde
CNLS	Comissão Nacional de Luta contra a SIDA
CRI	Centro de Respostas Integradas (DICAD-ARS)
DGS	Direção-geral da Saúde
DICAD	Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências
DSM – IV	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª Edição)
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ELISA	Enzyme-Linked Immunosorbent Assay
EMCDDA (OEDT)	Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
ET	Equipa de tratamento (CRI-DICAD-ARS)
IDT	Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milénio
OMS (WHO)	Organização Mundial de Saúde (World Health Organization)
ONGs	Organizações Não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PNS	Plano Nacional de Saúde
UA	Unidade de Alcoologia (ARS)
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
(ONUSIDA)	(Programa conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA)
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

INTRODUÇÃO

A presente dissertação debruça-se sobre duas grandes questões de saúde, com impacto relevante não só em Portugal mas em todo o mundo - o VIH/SIDA, e o consumo de substâncias psicoativas.

O Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH/SIDA) é foco desta dissertação devido ao seu estatuto enquanto pandemia dos séculos XX e XXI que mais vidas dizimou desde o seu surgimento, mantendo-se atualmente no cerne de grandes questões científicas relacionadas com a saúde pública. Por outro lado, o consumo de substâncias psicoativas (onde para além das substâncias ilícitas, se inclui igualmente a droga lícita que é o álcool) que surge como uma problemática com hábitos milenares, mas que apenas mais recentemente passou a ser alvo de intervenção e de preocupação séria da comunidade científica e das entidades governamentais.

Ambos os temas, e particularmente as suas interações, assumem visibilidade notória nos domínios adjacentes e complementares ao da saúde. As repercussões sociais, culturais, económicas, e humanitárias de que se revestem tornam-nos pontos de partida privilegiados para uma reflexão sobre problemáticas individuais tão dolorosas como o VIH/SIDA e a adição a substâncias, num contexto globalizado e planetário.

Desde a sua descoberta em 1981, o VIH tem ocupado os cientistas com as suas características particulares, os profissionais de saúde com as respostas ao número crescente de indivíduos dele portadores, os políticos com a definição de estratégias para a sua “contenção/eliminação” e muitos outros agentes dos domínios cultural, social, económico e até religioso.

Se considerarmos a evolução da pandemia nos últimos 30 anos, é impossível não reconhecer o fenómeno VIH/SIDA como universal, com impacto aos níveis de saúde pública, social, económico, geopolítico, religioso, tocando os direitos humanos no que têm de mais essencial.

Em suma, desde o seu aparecimento, o VIH tem vindo a mudar o rosto do planeta, e conseqüentemente o rosto da Humanidade, nas múltiplas dimensões que este conceito pode assumir.

E, se nos países desenvolvidos, particularmente no hemisfério norte do globo, encontramos indicadores relativamente tranquilizantes quanto à trajetória da infeção, áreas como o continente africano vivem os efeitos de um ciclo em que as condições de pobreza e de falta de equidade nos cuidados de saúde resultam na inabilidade para controlar o vírus e, conseqüentemente, na sua perpetuação na população humana (Carvalho C. , 2009).

O futuro apresenta-se pois com contornos preocupantes, não só pelo que o passado nos tem mostrado até hoje, mas também porque projeções feitas para nações como a Rússia, a Índia e a China, para o ano 2025, sugerem que estas regiões poderão testemunhar, por esta altura, entre 193 a 259 milhões de casos de infeção por VIH/SIDA (Eberstadt, 2002).

Já no que respeita ao consumo de substâncias psicoativas, a História do Homem está entrançada na história das adições, tornando o álcool, a canábis, as folhas de coca e o ópio alguns dos exemplos mais reconhecidos de substâncias que foram e são usadas pela humanidade com fins tão variados como os medicinais, ritualísticos, facilitadores da adaptação a ambientes adversos, mas essencialmente vendo reconhecidas as suas capacidades como modificadores do estado da consciência.

Em contraponto, os contornos atuais que caracterizam os padrões de consumo de um número progressivamente mais amplo de substâncias espelham mudanças rápidas e múltiplas. Contudo, se a história recente da relação entre o homem e as “drogas” permitiu circunscrever consumos excessivos e dependentes a grupos específicos da população, tal circunscrição é na atualidade uma tarefa árdua, dado que um número cada vez maior de indivíduos de vários grupos etários e educacionais apresenta padrões de consumo tanto problemáticos como excessivos, no que respeita a substâncias lícitas e ilícitas, alargando por conseguinte a zona de impacto deste problema de saúde pública.

O Relatório Mundial sobre Drogas do UNODC (*United Nations Office on Drugs and Crime*), apresentado em Junho de 2012 na Assembleia das Nações Unidas, deixa claro que as drogas ilícitas sustentam o crime e a insegurança, simultaneamente minando os direitos humanos e representando sérios riscos para a saúde: "*A heroína, a*

cocaína e outras drogas continuam a matar cerca de 200.000 pessoas por ano, devastando famílias, levando à miséria milhares de pessoas, bem como gerando insegurança e a disseminação do VIH” (UNODC, 2012 p.iii).

O mesmo documento estima que 5% da população adulta mundial (entre os 15 e os 64 anos de idade e correspondendo a cerca de 230 milhões de indivíduos) consumiu pelo menos uma vez uma droga ilícita, em 2010. Este documento regista ainda que os utilizadores problemáticos de drogas, nomeadamente os dependentes de heroína e de cocaína, correspondem a 0,6% da população adulta, totalizando cerca de 27 milhões, na proporção de uma em cada 200 pessoas.

No que concerne ao consumo de álcool, e sustentados no último relatório da OMS (*Global Status Report on Alcohol and Health*, 2011), o consumo mundial de bebidas alcoólicas correspondia, em 2005, a 6,3 litros de álcool puro consumidos *per capita* (em indivíduos com 15 ou mais anos). Uma parte significativa deste consumo corresponde a produção não registada (doméstica ou ilegal) equivalendo a 28,6% do total (cerca de 1,76 litros por pessoa).

Há, todavia, que referir uma ampla variação geográfica nos níveis de consumo mundiais de álcool: os valores de ingestão mais altos encontram-se no hemisfério norte do globo, mas também na Argentina, Austrália e Nova Zelândia. Em oposição níveis de consumo mais baixos são registados na África do Norte e na África subsariana, no sudoeste asiático, e no oceano Índico. A associação da abstinência prescrita pelo islamismo enquanto religião com ampla implementação nesta região é uma possível explicação para estes baixos consumos.

Os valores de consumos mundiais de álcool puro evidenciaram, desde 1990, uma tendência para a estabilização entre os 4.3 – 4.7 litros. Embora a região europeia tenha registado uma ligeira diminuição no início dos anos 90 quanto ao uso de álcool, logo se verificou um aumento que atingiu os 9.5 litros *per capita*. No continente americano, a tendência verificada no início da década de 90 para o declínio estabilizou no novo milénio nos 6.7 litros (WHO, 2011).

Ainda de acordo com o mesmo relatório (WHO, 2011) o consumo nocivo de álcool é uma das principais causas de risco para a saúde e é o principal fator de risco de morte para os indivíduos do sexo masculino entre os 15 e os 59 anos. Este é, complementarmente, assumido como causa de mais de 60 tipos de doenças de relevo e

de múltiplos acidentes, resultando em cerca de 2.5 milhões de mortos por ano (valores mais elevados que o número de mortes por VIH/ SIDA ou por Tuberculose) e que responsabilizam o álcool de forma direta ou indireta por cerca de 4% da mortalidade mundial (WHO, 2009a).

Em suma, tal como referem Khalsa e Vocci (2007), quer o abuso de substâncias, quer as infeções são dois dos principais problemas da contemporaneidade, principalmente devido às suas pesadas morbidades e mortalidades.

A associação entre o uso de álcool e o VIH/SIDA, como acontece com outras infeções transmitidas por via sexual, tem tido a sua maior expressão na aquisição da infeção através da prática de sexo não protegido, sustentada na assunção de que o consumo de álcool é um fator de desinibição e de limitação cognitiva, com resultados comportamentais de risco aumentado (Rehm, Kevin, Shield, Joharchi & Shuper, 2012; Baliunas, Rehm, Irving, Shuper, 2010, Cook & Clark, 2005). A pesquisa quantitativa ainda não nos forneceu dados globais que nos permitam uma clara visão desta realidade.

No que concerne à relação entre o abuso de substâncias ilícitas e o alto risco de infeção por VIH (bem como pelos vírus das hepatites B e C) grande parte da investigação aponta para as drogas injetáveis e para a partilha de agulhas e seringas. O Grupo de Referência das Nações Unidas para o VIH e uso de Drogas Injetáveis (IDU Reference Group, 2010) estimava que, em 2008, existiriam 16 milhões de pessoas que injetavam drogas e destas, três milhões viveriam com o VIH.

Atualmente, a página oficial desde Grupo de Referência na internet (<http://www.idurefgroup.unsw.edu.au/>), aponta para um valor mundial entre 11 e 21 milhões de pessoas que injetam drogas e dessas, aproximadamente 20% poderão estar infetadas com o VIH. A mesma fonte estima que em cada 100 utilizadores de drogas injetadas, quatro recebe terapia antirretroviral.

Como antecedentes da presente dissertação estão 30 anos de evolução do VIH e da doença que questionou estilos de vida, conhecimentos, práticas, estereótipos, preconceitos e soluções no final do século XX e na primeira década do séc. XXI, no Mundo e também em Portugal. Do mesmo modo, os séculos de consumos de substâncias psicoativas apresentam-se como antecedentes incontornáveis deste fenómeno e assumem, no tempo atual, novos contornos e novos desafios.

Decorre deste enquadramento o objetivo geral de proceder à revisão do percurso que o conhecimento, originado pelo impacto do VIH na sociedade global, foi fazendo nas três últimas décadas.

Assim, e em termos teóricos, iniciamos a abordagem pretendida com uma análise detalhada do que nestes 30 anos foi ocorrendo em termos epidemiológicos, de diagnóstico, tratamento e terapêuticas e em termos político/legislativos, no que respeita ao VIH/SIDA, adotando sempre que possível uma visão equitativamente focada nas realidades global bem como nacional (ponto 1).

Seguidamente, procedemos à sistematização da informação mais recente relacionada com os comportamentos aditivos alvo do nosso estudo prático: dependência de álcool e dependência de substâncias ilícitas (ponto 2). Utilizamos para ambas as adições uma sistematização da informação em termos epidemiológicos, de respostas de tratamento e de definição de políticas de intervenção.

Como terceiro ponto da parte teórica, decidimos abordar a conjugação das duas temáticas anteriores (VIH/SIDA e consumo de substâncias lícitas e ilícitas), onde nos centramos nas substâncias (álcool e drogas ilícitas) como fatores de risco para a infeção pelo VIH/SIDA e enquadrámos a temática dos comportamentos de saúde relacionados com o VIH/SIDA em alguns paradigmas e modelos que sustentam ao nível da saúde a compreensão do fenómeno (ponto 3).

O enquadramento teórico termina com uma ponto de reflexão e síntese que abre portas às temáticas da parte prática (ponto 4).

A parte prática, suportada na investigação empírica desta dissertação, é constituída por três estudos que, podendo refletir análises específicas, acabam por se tornar complementares, ao mesmo tempo que têm como denominador comum os conhecimentos e a perceção do risco associados à infeção por VIH.

A escolha dos objetivos específicos prendeu-se com a associação que se pode estabelecer entre a infeção pelo VIH e o consumo de substâncias psicoativas, não só pelo seu carácter alterador da consciência, mas igualmente pelo seu perfil delineador de grupos inicialmente considerados de risco, como é o caso dos toxicodependentes.

Dentro dos objetivos específicos elencados, importou-nos caracterizar a informação relativa ao VIH/SIDA bem como a prática de estratégias de prevenção para obstar à contaminação. Estes conhecimentos foram estudados inicialmente num grupo

de dependentes de álcool, e num segundo momento alargados às práticas já referidas em três amostras constituídas respetivamente por consumidores de substâncias ilícitas, dependentes de álcool, e elementos da população geral, equiparados em relação a várias dimensões.

Paralelamente, e assentes na premissa de que aceder aos significados e às experiências vivenciadas por quem é incluído na classificação nosológica de “adicto” é uma fonte de conhecimento complementar mas igualmente rica, recolher um conjunto de informação de índole mais subjetiva configurou-se como um outro objetivo específico almejado, conseguido através de uma abordagem qualitativa dos discursos recolhidos juntos dos participantes.

Tendo em linha de conta as diferenças entre estas duas perspetivas foi nossa intenção interseccioná-las (ponto 3). Partimos pois de um estudo exploratório (estudo 1 – ponto 2, II capítulo) que sustentou o desenho da investigação seguinte (estudo 2 – ponto 3, II capítulo), tendo este último incluído três amostras (dependentes de álcool, dependentes de substâncias ilícitas que tinham com droga de eleição a heroína e uma amostra sem consumos de álcool nem de drogas ilícitas que configurassem o quadro de dependência). O terceiro estudo (ponto 4, II capítulo) adota uma metodologia qualitativa, que dá a possibilidade de aceder ao discurso de viva voz de um grupo de sujeitos, sobre o ser, o perceber-se (a si e aos outros), na dimensão dos significados pessoais atribuídos à dependência de substâncias e à contaminação pelo VIH/SIDA, entre outras que emergiram naturalmente.

As pontes e cruzamentos que surgiram desta incursão conjugam os dados obtidos com os três estudos (ponto 5, II capítulo), e antecedem as reflexões finais e conclusão, que por sua vez sintetizam a experiência de análise e produção de conhecimento sobre esta matéria, de forma a promover mudanças tanto ao nível das práticas de intervenção com a população consumidora de substâncias lícitas, como ao nível da prevenção da infeção.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Sida – Uma síndrome na idade adulta

1.1. Trinta anos da infeção pelo VIH/SIDA

A década em que atualmente nos encontramos constitui um marco histórico na evolução da Humanidade. Quando olhamos para trás, há 30 anos, nunca imaginaríamos que uma doença fosse o motor de profundas mudanças globais, não só em termos médicos e científicos, mas também em termos sociais, políticos e humanitários.

Nos inícios dos anos 80, acreditava-se que a nova doença (VIH/SIDA) estava confinada aos países desenvolvidos, onde se registava um aumento significativo de pessoas infetadas, principalmente em grupos específicos, como os homossexuais, facto que proporcionou a difusão da expressão *GRID (Gay Related Infectious Disease)*. No entanto, a epidemia já havia iniciado o seu percurso, e o VIH já se tinha disseminado de forma despercebida, sobretudo no continente africano.

Nos primeiros 20 anos, as infeções pelo VIH/SIDA aumentaram de menos de um milhão para uns estimados 28 milhões e, embora surgindo de formas e em tempos diferentes nos vários países do globo, o VIH/SIDA acabaria por chegar a todas as nações.

Apesar das tentativas para a contenção da propagação do VIH/SIDA na década de 80, só a partir de meados dos anos 90 é que a comunidade global decidiu começar, conjuntamente, a enfrentar uma doença que já tinha atingido proporções epidémicas sem precedentes. Quando a ONUSIDA¹ foi criada em 1996, já se sabia que os países de baixo e médio rendimento eram os responsáveis por cerca de 95% da carga global de infeção pelo VIH/SIDA. Contudo, o orçamento da Organização para o combate ao VIH/SIDA nestes países ainda era inferior ao necessário para uma eficiente intervenção. Apesar dos esforços de organizações como a ONUSIDA para combater a epidemia, os anos 90 foram pautados pela inação dos governos relativamente a esta matéria, resultando no aumento exponencial da incidência da infeção, com uma maior expressão nos países Africanos.

¹ ONUSIDA, em inglês Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).

Em termos da ação governamental, a experiência dos primeiros anos da epidemia foi fundamental para a tomada de consciência sobre a importância do envolvimento dos líderes governamentais, por forma a alcançar o sucesso na resposta ao VIH/SIDA.

Em 2000, a contestação para a ação concertada e conjunta de resposta ao VIH/SIDA foi crescendo. No início do novo milénio, e da terceira década da epidemia, o Conselho de Segurança das Nações Unidas decidiu realizar uma sessão especial sobre o VIH/SIDA, a primeira para qualquer problema de saúde, reforçando o potencial impacto da epidemia sobre a segurança global e incentivando os países a pensar no VIH/SIDA e na saúde em geral de novas formas. Esta sessão especial constituiu um ponto de viragem na resposta multissetorial ao VIH/SIDA, colocando-a como prioridade nas agendas governamentais. Pela primeira vez na história da epidemia, foram estabelecidas metas globais para a resposta mundial ao VIH/SIDA, comprometendo os 189 países que participaram na sessão na apresentação bianual de relatórios sobre os avanços na resposta nacional à epidemia (UNAIDS, 2011).

Este compromisso global facilitou o desenvolvimento, por parte destes países, de planos estratégicos e de ação nacionais, que foram aumentando o seu campo de ação ao longo do tempo, de forma a atender às necessidades de monitorização, prevenção, tratamento e apoio do fenómeno.

Contrariamente à inação governamental, em termos de investigação e conhecimento científico, os primeiros 20 anos da SIDA foram frutuários. O primeiro teste de deteção do VIH/SIDA ficou disponível apenas dois anos após a descoberta do vírus. Na década de 90, o vislumbre da redução da transmissão vertical só foi possível devido ao rápido desenvolvimento da investigação médica e farmacológica. Em 1996, após um breve fracasso com os primeiros compostos antirretrovirais, uma nova classe de medicamentos foi aprovada, inaugurando a era da Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (*HAART*). Esta nova combinação de fármacos provou ser bastante eficaz no aumento da esperança de vida das pessoas infetadas, tendo reduzido o número de mortes em mais de dois terços nos países desenvolvidos. Até ao ano 2000, devido ao alto custo da nova terapêutica antirretroviral, ela esteve indisponível nos países de médio e baixo rendimento, com a exceção do Brasil, que adotou uma política nacional de tratamento gratuito desde 1996 (UNAIDS, 2011).

Ao nível da investigação, o séc. XXI está a ser marcado, por um lado, pela busca incessante de uma vacina que tem provocado bastante frustração entre os investigadores, algo que já em 2005 Machado Caetano referiu ao afirmar que, relativamente à vacina “(...) o que há são muitos projectos e poucos resultados práticos, continuando a Vacina Preventiva a ser uma miragem distante” (p.9); por outro lado, este novo século é marcado pela atribuição ao tratamento da competência de prevenção, proporcionada pela eficácia dos novos fármacos na redução da carga viral e consequentemente pela diminuição do potencial de transmissão do vírus.

Assim, o presente ponto desta dissertação tem como objetivo geral proceder à revisão do percurso que o conhecimento, originado pelo impacto do VIH na sociedade global, promoveu ao longo das três últimas décadas.

Para tal, e em termos teóricos, procedemos à análise detalhada do que nestes 30 anos foi ocorrendo em termos epidemiológicos (ponto 1.3.), de tratamento e terapêuticas (ponto 1.4.) e políticos e jurídicos (ponto 1.5.), adotando sempre que possível uma visão global, e nacional.

1.2. O início de uma epidemia

A história da descoberta do VIH tem contornos de grande controvérsia: enquanto alguns cientistas trabalhavam no sentido de descobrir que doença era esta, a nível social aconteciam algumas mudanças pautadas pela discriminação e preconceito, e que ainda hoje se mantêm.

Em 1981, surgiram vários casos de um cancro raro, o Sarcoma de Kaposi (mais comum em pessoas idosas) em jovens homossexuais do sexo masculino. Simultaneamente, o número de casos de uma infeção pulmonar (*Pneumocystis carinii pneumonia* ou PCP) igualmente rara, aumentava também, provocando um alerta no seio da comunidade médica e científica (Avert, s/d; Hymes, et al., 1981).

Nos meses que se seguiram, o número de casos identificados cresceu, e várias denominações foram atribuídas a uma nova doença que seria responsável pelo surgimento de cancros e infeções raras. Como pouco ou nada se sabia acerca desta suposta nova entidade nosológica, e uma vez que o número de casos detetados aumentava significativamente a cada dia, as preocupações centravam-se na

contaminação, ou seja, em perceber de que forma ela podia ser transmitida por uma pessoas sem sinais e sintomas (Avert, s/d).

Nesta altura, ainda não era evidente que a etiologia da nova doença derivava de um único agente. Alguns factos e circunstâncias provocavam confusão na determinação da causa. Pela deteção de uma maior incidência de casos em homens homossexuais, acreditava-se que esta era uma doença relacionada com o estilo de vida e as práticas sexuais desta população, chegando mesmo a elaborar-se várias teorias que sustentavam este facto. Uma das mais difundidas foi a que postulava que o esperma penetrava nas células do sangue iniciando um processo autoimune; outra defendia que o sistema imunitário colapsava devido à sobrecarga de infeções recorrentes (Kallings, 2008). Apesar de, nos finais de 1981 e início de 1982, ter ficado claro que esta doença afetava outros grupos de pessoas, quando os primeiros casos de PCP² detetados em consumidores de drogas injetáveis foram reportados, revistas e jornais médicos continuavam a enfatizar a relação desta doença com os homossexuais, publicando denominações como "*gay compromise syndrome*" (Brennan & Durack, 1981), GRID - *gay-related immune deficiency* (Altman, 1982) ou "*gay cancer*" (Dawson, 1999). Ainda no mesmo ano, são notificados casos com a doença entre haitianos e hemofílicos (Avert, s/d).

A ocorrência da doença em pessoas que não eram homossexuais tornou as designações associadas à orientação sexual redundantes. Em setembro de 1982, após se concluir que o que provocava as doenças oportunistas era o sistema imunitário, o CDC (*Center for Diseases Control and Prevention*) define a designação de SIDA (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)³.

A descoberta de novos casos em pessoas não homossexuais alargou o estigma e a discriminação deste grupo específico para o que ficou, na altura, conhecido como o "*4-H Club*" ou "Doença dos quatro H", estipulando que o risco de SIDA estava circunscrito a homossexuais, heroinómanos, hemofílicos e haitianos. O facto de os hemofílicos adquirirem a doença através de transfusões sanguíneas provocou alarme global, começando a surgir nos meios de comunicação referências à doença como "*Killer Blood*" (Jenkins, 2009).

² *Pneumocystis Carinii Pneumonia*

³ Na versão inglesa, *AIDS – Acquired immunodeficiency syndrome*.

Os primeiros indícios que a SIDA poderia ser provocada por um retrovírus surgiram em 1983, quando uma equipa do Instituto Pasteur identificou um vírus com atividade de transcrição reversa num nódulo linfóide de um paciente com Linfadenopatia Persistente Generalizada (LPG). As características do retrovírus descritas por esta equipa do Instituto Pasteur coincidiam com as de um vírus já identificado, o da leucemia humana de células T (HTLV), o que levou os investigadores a pensar que o vírus isolado do gânglio do paciente pertencia a esta família de retrovírus já conhecido (Levy, 2008).

No entanto, a probabilidade do HTLV ser o agente etiológico da SIDA era pequena, pois o seu baixo nível de replicação nas células e a sua relação próxima da membrana celular não coincidiam com o vírus encontrado. Além do mais, o HTLV não mata linfócitos, muito pelo contrário aumenta o seu crescimento, pelo que foi descartada a possibilidade da SIDA ser provocada pelo HTLV (Levy, 2008).

Ao mesmo tempo que se tentava descobrir o agente etiológico da SIDA, foram reportados casos de mulheres com SIDA, sem os fatores de risco até então descritos, começando a levantar-se a hipóteses de que a transmissão poderia ocorrer entre heterossexuais.

Entretanto, a investigação continuava, e posteriormente Luc Montagnier e os seus colaboradores ao estudarem a associação entre a LPG e o agente causal da SIDA, chegaram à conclusão que o retrovírus humano possuía características muito particulares. Ele crescia e alcançava níveis muito elevados nas células CD4 até matá-las (ação exatamente oposta à do HTLV). Mais tarde denominam o vírus encontrado de VAL (Vírus Associado à Linfadenopatia) (Levy, 2008).

Na mesma época (1983/84) mas do outro lado do oceano (EUA) Robert Gallo e os seus associados reportaram a caracterização de outro retrovírus diferente do HTLV, que isolaram a partir de células de pacientes adultos e pediátricos com SIDA e que chamaram de HTLV-III. Este novo vírus produzia uma reação cruzada com algumas proteínas do HTLV-I e II particularmente com a p24, por isso decidiram incluí-lo no grupo HTLV (Levy, 2008).

A causa da SIDA tinha, finalmente, sido descoberta pelas equipas de Luc Montagnier em França e de Robert Gallo nos EUA, ficando acordado que os franceses

foram os primeiros a relatar a descoberta do vírus, e os americanos os primeiros a mostrar de forma convincente que o vírus era a causa da SIDA (Kallings, 2008).

Apesar do progresso que estava a ser conseguido pelos cientistas, havia uma preocupação crescente sobre a transmissão, e não apenas em relação ao fornecimento de sangue. A possibilidade de uma transmissão denominada, na altura, de doméstica poderia estar a ocorrer e a infetar crianças, sustentando que a relação sexual, o consumo de drogas ou o contacto com produtos derivados do sangue não seria necessário para que ocorresse transmissão (Oleske, et al., 1983), facto que foi corrigido pelo CDC que abordou, pela primeira vez nesse ano, a possibilidade da transmissão vertical (MMWR Weekly, 1983).

A classificação e designação científica do fenómeno ocorreram em 1984, pelo comité de nomenclatura do *National Institute of Health (NIH)* que concordou em atribuir o nome de VIH (Vírus da Imunodeficiência Humana). Iniciava-se também a corrida pela descoberta de uma cura.

No ano seguinte, em 1985, a equipa do Instituto Pasteur com a colaboração de investigadores portugueses, detetam o segundo vírus da SIDA, o VIH-2, em doentes oriundos da Guiné-Bissau, sendo esta estirpe do vírus menos mortal e também a menos disseminada.

Só nesse ano é que se conhece a totalidade das formas de transmissão do vírus, com a confirmação da existência de transmissão vertical, relatada em vários pontos do mundo, ao mesmo tempo que múltiplos países começam a considerar a SIDA como um problema de saúde pública. No entanto, a demora em se concluir que todas as pessoas podiam estar em risco, provocou um ambiente social pautado pelo medo, que à custa da desinformação recebida pelos meios de comunicação social, era profundamente discriminador e preconceituoso, e que se mantém, de certa forma, até aos dias de hoje.

1.3. Epidemiologia do VIH/SIDA

“Cada doença tem, do ponto de vista das intervenções da saúde, modelos de atuação próprios e, em alguns casos, serviços específicos, em regra assentes no conhecimento disponível da sua epidemiologia...” (Calheiros, 2008, p.167)

O autor da citação com que iniciamos este ponto sobre a epidemiologia (Calheiros, 2008) resume, em nossa opinião, de forma bastante clara a importância da vigilância epidemiológica para o controle e intervenção da epidemia do VIH/SIDA. Assente na sua finalidade de informação-ação, a vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis caracteriza-se por uma série de atividades de planeamento, recomendação e avaliação. Deste modo, o seu propósito é fornecer informação atualizada sobre a ocorrência e agravamento da doença e sobre os fatores que a condicionam a uma população específica ou área geográfica (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2007). Para além disso, constitui-se como um instrumento fundamental para o planeamento, organização e operacionalização dos serviços de saúde tão importantes para o controlo e tratamento das doenças em geral, e do VIH/SIDA em específico.

É pois compreensível que o pilar da vigilância epidemiológica seja a informação, pois sem ela seria impossível tomar decisões para a redução da epidemia. Neste âmbito várias questões se podem colocar. “Que informação é necessária para se tomarem medidas eficazes?”, “Serão os dados atuais (informação) suficientes para orientar uma ação que resulte na diminuição ou eliminação da incidência de casos?”. Estas são algumas das interrogações que, ao fim de 30 anos, ainda fazem sentido, face à especificidade do VIH/SIDA.

Em Portugal, a vigilância epidemiológica do VIH/SIDA teve o seu início nos anos 80, tendo como fonte de informação a notificação voluntária de casos. Atualmente este método mantém-se, mas com uma diferença, desde 2005 que o VIH/SIDA passou a ser considerado doença de declaração obrigatória (Barros, 2009), determinando que todos os casos diagnosticados sejam notificados ao Centro de Vigilância Epidemiológica do Instituto Nacional de Saúde.

Apesar deste pequeno avanço no que se refere à colheita de dados, não nos podemos esquecer que a finalidade da vigilância é informar para agir. Neste sentido, muito ainda há a fazer relativamente à qualidade da informação recolhida e ao seu potencial para fornecer orientações para a acção.

Como referiu Henrique de Barros (2009) no seu artigo para a revista *Acção e Tratamento* publicada pelo Grupo Português de Activistas sobre Tratamentos de VIH/SIDA (GAT) “*O sistema de informação de rotina para a vigilância (Europeu e Português), não gera dados para medir a incidência de casos*” (p.7). Aliás, ressalta ainda que os dados incidentes são, na maior parte dos casos, prevalentes com diferentes

durações da infeção, pois muitos destes reportam-se a pessoas infetadas há vários anos, mas que nunca foram diagnosticadas. Desta forma, a deteção de novas infeções não é plenamente conseguida na prática, assumindo-se que os esforços relativos à deteção precoce da infeção, propostos pelo Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção pelo VIH/SIDA 2007-2010 não têm conseguido atingir os seus objetivos. Estes factos suscitam algumas dúvidas quanto à qualidade dos dados recolhidos e quanto à sua utilidade prática no controlo da epidemia.

Outra lacuna importante no domínio do VIH/SIDA, refere-se à informação sobre a infeção em populações migrantes oriundas de países onde a epidemia é generalizada, como é o caso de África, e que sabemos hoje serem um grupo que constitui um foco de sub-epidemia em Portugal, acerca do qual ainda não existe muita informação.

Percebemos, no entanto, as dificuldades inerentes à recolha de dados nesta população de difícil acesso, que muitas vezes devido à natureza ilícita e estigmatizante dos seus comportamentos, pouco recorre aos serviços, ou quando o faz, não aceita participar nos estudos em curso (Dias, 2009).

Apesar destas limitações do sistema de vigilância em operação até à data, é também perceptível que os esforços para o seu aperfeiçoamento têm dado frutos, nomeadamente através da recente introdução do sistema informático SI.VIDA⁴ e do Sistema de Vigilância de Segunda Geração⁵, sendo os dados epidemiológicos apresentados a seguir, prova disso mesmo.

A forma por nós adoptada para a sua apresentação, parte do global para o particular, procedendo à ilustração do que se passa, em matéria de informação epidemiológica, no mundo, na Europa, e em Portugal.

⁴ SI.VIDA – Sistema Informático do VIH/sida, desenvolvido pela Unidade de Sistemas de Informação e de Computação Gráfica. (Diário da República, 2ª série – N.º. 96 - 17 de maio de 2012 - Despacho n.º. 6716/2012).

⁵ Vigilância de Segunda Geração – é a recolha, análise e interpretação informação de forma sistemática e regular para o uso no rastreio e descrição das alterações da epidemia do VIH/SIDA ao longo do tempo. O Sistema de Vigilância de Segunda Geração também reúne informação sobre comportamentos de risco, usando-os para explicar e alertar para as mudanças nos níveis de infeção. Como tal, a vigilância de segunda geração inclui, além de vigilância do VIH e notificação de casos de SIDA, vigilância para monitorizar a disseminação de DST em populações de risco para o VIH e vigilância comportamental para monitorizar tendências dos comportamentos de risco ao longo do tempo. Estes diferentes componentes atingem maior ou menor significância, dependendo da necessidade de vigilância de um país, determinada pelo nível da epidemia que se confronta: baixo nível, concentrada ou generalizada (World Health Organization, 2012).

1.3.1. O VIH/SIDA no Mundo.

Desde a sua descoberta, por volta dos anos 80, o VIH/SIDA tem sido uma das doenças que mais interesse desperta em vários domínios: na comunidade científica, que continua na busca incessante de tratamentos mais eficazes, na esfera política devido ao impacto social e económico da pandemia, e na esfera humanitária que leva a cabo campanhas de intervenção no terreno, principalmente nos países subdesenvolvidos. Este interesse deve-se essencialmente ao facto do VIH/SIDA ser uma infeção altamente contagiosa e mortal, e assumindo por isso os contornos de um grave problema de saúde pública, que está diretamente relacionada com os comportamentos e que tem um grande impacto não só a nível pessoal, mas também em toda a esfera de ação humana.

Apesar de ser um problema relativamente recente, a SIDA já atingiu a sua maioria há cerca de 10 anos, e durante este processo inúmeras medidas têm sido adotadas de forma a diminuir o número de mortes associadas à doença e prevenir que mais pessoas sejam infetadas. Desde a Declaração de Compromisso sobre o VIH em 2001 (sumarizada no ponto 1.5. do capítulo referente às políticas e legislação) que se verifica um aumento das respostas de cada região no combate ao VIH/SIDA (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2008).

Estes esforços parecem refletir-se nos dados sobre as novas infeções, que demonstram uma diminuição global do número de novos casos, (gráfico 1) e o aumento do número de pessoas a viver com VIH/SIDA (gráfico 2).

Estas estatísticas representam simultaneamente aspetos negativos e positivos: o aumento do número de pessoas que vivem com o VIH/SIDA deve-se essencialmente à continuidade na incidência de novos casos – aspeto negativo, mas também é fruto da maior abrangência e eficácia da terapêutica antirretroviral – aspeto positivo.

Gráfico 1
Estimativas globais do número de novas infeções, 1990-2008 (UNAIDS, 2009).

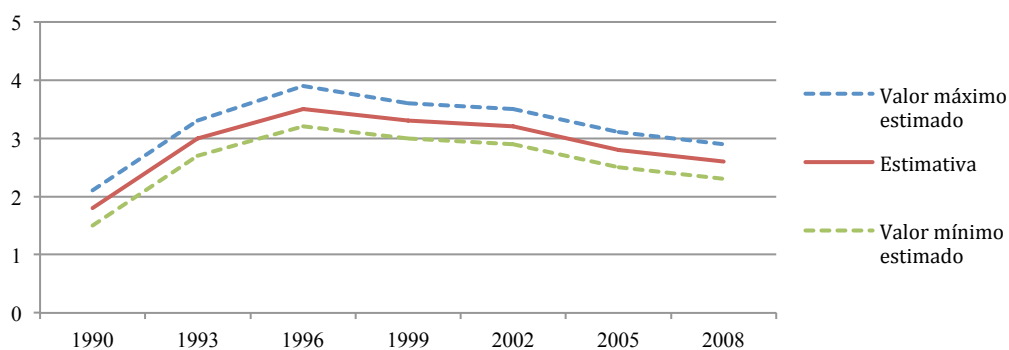
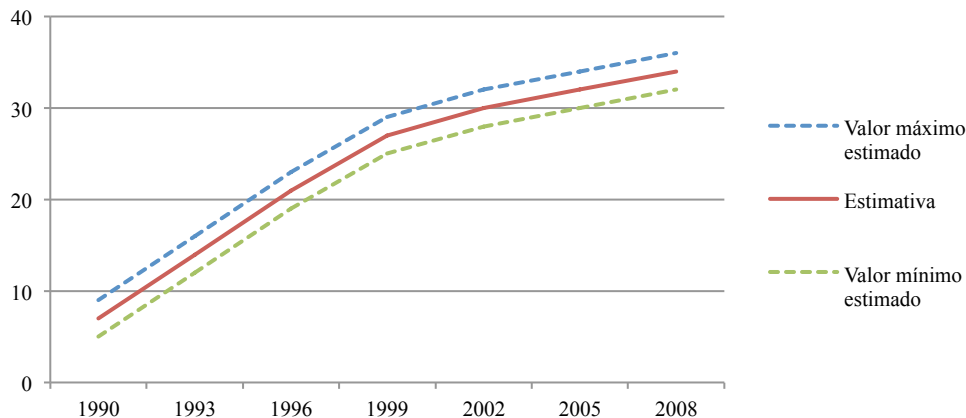


Gráfico 2
Estimativas globais de pessoas a viver com VIH, 1990-2008 (UNAIDS, 2009)



Apesar dos dados sobre o VIH em 2011 serem relativamente animadores, não pode ficar esquecida a enorme variabilidade que existe entre regiões e países que ainda é muito evidente. Por essa razão os dados serão apresentados em termos globais.

Após 30 anos de investigação, os avanços efetuados ao nível da prevenção e da terapêutica parecem conjugar-se num prognóstico otimista, mais do que há 10 anos, mas os números ainda são assustadores. Estima-se que, aproximadamente 25 milhões de pessoas já tenham morrido em todo o mundo por causa da SIDA, desde a sua descoberta. A pandemia já se expandiu mais 50% do que o previsto pela OMS e pela UNAIDS no *Global Programme on AIDS* projetado no início dos anos 90 (UNAIDS, 2000), mas parece estar a estabilizar.

Os dados mais recentes mostram que a pandemia da SIDA matou em 2011 cerca de 1,7 milhões de vidas, e destas, 230 000 foram crianças (UNAIDS, 2009, 2011).

Atualmente o número total de pessoas a viver com VIH é mais baixo do que em 2005, com cerca de 34,2 milhões de pessoas infetadas em todo o mundo. Este decréscimo também é evidente no número de novos casos, que em 2011 foi de 2,5 milhões, menos de metade dos casos registados em 2005 (quadro 1).

Quadro 1

Comparação do número de pessoas (em milhões) infetadas pelo VIH e número de mortes por SIDA em todo o mundo 2005-2011 (UNAIDS & WHO, 2005; 2012, UNAIDS, 2009).

Número de pessoas a viver com VIH	2005	2011
Total	40.3 milhões (36.7 – 45.3 milhões)	34.2 milhões (31.8 – 35.9 milhões)
Adultos	38.0 milhões (34.5 – 42.6 milhões)	30.7 milhões (28.6–32.2 milhões)
Mulheres	17.5 milhões (16.2 – 19.3 milhões)	15.7 milhões (14.2–17.2 milhões) - dados de 2008
Crianças < de 15 anos	2.3 milhões (2.1 – 2.8 milhões)	3.4 milhões (3.1 –3.9 milhões)
Número de novas infeções		
Total	4.9 milhões (4.3 – 6.6 milhões)	2.5 milhões (2.2 –2.8 milhões)
Adultos	4.2 milhões (3.6 – 5.8 milhões)	2.2 milhões (2.0 –2.4 milhões)
Crianças < de 15 anos	700 mil (630 mil – 820 mil)	330 000 (280 000–380 000)
Mortes com SIDA		
Total	3.1. milhões (2.8 – 3.6 milhões)	1.7 milhões (1.6 –2.0 milhões)
Adultos	2.6 milhões (2.3 – 2.9 milhões)	1.5 milhões (1.3 –1.7 milhões)
Crianças < de 15 anos	570 mil (510 mil – 670 mil)	230 000 (200 000–270 000)

Como já foi referido, acredita-se que este decréscimo é devido ao maior envolvimento dos países na implementação de estratégias de intervenção nesta área. Contudo, a SIDA não deixa de ser uma preocupação, pois para além de se tratar de uma entidade nosológica com um alto índice de mortalidade, revela uma predominância na faixa etária mais produtiva do ciclo vital das pessoas, o que culmina no fracasso desenvolvimental das sociedades, que deixam de ter pessoas ativas a estimular a economia e o crescimento pelo trabalho e consequentemente pelo consumo.

O padrão epidemiológico da transmissão do VIH/SIDA tem sofrido algumas alterações ao longo dos anos. À conceção inicial de grupos de risco sucedeu a noção de comportamentos de risco, na medida em que o número dos heterossexuais infetados foi aumentando progressivamente (Torres, Davim, & Almeida, 1999). Estes factos espelham a necessidade dos países sustentarem as suas estratégias para a SIDA com

base na compreensão na sua epidemiologia e nas suas respostas nacionais. O aumento significativo do número de pessoas heterossexuais infetadas reflete esta falha da adequação das estratégias às necessidades nacionais de cada país (UNAIDS, 2009).

Importa ainda referir que três padrões de epidemia estão identificados diferencialmente no mundo (World Health Organization [WHO], 2012).

A epidemia de baixo-nível, em que a infeção não se expandiu mais do que 5% pelas subpopulações com comportamentos de alto risco, como por exemplo, pessoas que consomem drogas pela via endovenosa, homens que têm sexo com homens e trabalhadoras(es) do sexo. Este tipo de epidemia sugere que as redes de risco são difusas e que os níveis de contacto entre pessoas com comportamentos de alto de risco são baixos (WHO, 2012).

A epidemia concentrada, típica da União Europeia [UE] (Paixão, 2000), é caracterizada pela baixa prevalência de infetados na população geral, mas com uma rápida disseminação em subgrupos populacionais com comportamentos de alto risco para a infeção. Considera-se uma epidemia concentrada quando a prevalência da infeção é superior a 5% em pelo menos um subgrupo e inferior a 1% em mulheres grávidas nas zonas urbanas (WHO, 2012; Paixão, 2000).

Finalmente, a epidemia generalizada, é típica de países da África subsaariana e de alguns países da Ásia. Nestes casos a infeção está firmemente estabelecida e a transmissão ocorre na população em geral (não dependente de subpopulações com comportamentos de alto risco). Embora as subpopulações possam continuar a contribuir desproporcionalmente para a propagação do VIH/SIDA, as redes sexuais da população em geral são suficientes para sustentar uma epidemia independente das subpopulações com maior risco de infeção. Considera-se, então, uma epidemia generalizada quando a prevalência do VIH/SIDA é superior a 1% em mulheres grávidas das áreas urbanas (WHO, 2012, Paixão, 2000).

1.3.2. O VIH/SIDA na Europa

Tendo como ponto de partida que as características epidemiológicas variam de região para região, verificamos que em 2010 a ONUSIDA e a OMS estimavam que na Europa o número de pessoas a viver com o VIH/SIDA era de 2 340 000. Nesse mesmo

ano cerca de 118 335 casos foram diagnosticados (nos diferente estádios da infeção) e notificados pelos países da União Europeia e Espaço Económico Europeu, correspondendo as maiores taxas a países da europa de Leste como a Rússia, Ucrânia e Estónia (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC] & WHO Regional Office for Europe [WHO Regional Office for Europe], 2011). No entanto, o panorama epidemiológico é bastante diferente nas três regiões que dividem a Europa (Occidental, Central e Leste).

Na globalidade podemos afirmar que na Europa a epidemia é concentrada em grupos populacionais específicos que apresentam altas taxas de infeção (por exemplo, grupo dos homens que têm sexo com homens, pessoas oriundas de países com epidemia generalizada, consumidores de drogas injetáveis), quando comparados com a população geral onde as percentagens de infeção ainda permanecem relativamente baixas (ECDC, WHO Regional Office for Europe, 2011).

No topo do *ranking* das vias de transmissão dos países da Europa de Leste está o contacto heterossexual, seguido da transmissão por via endovenosa nos consumidores de drogas injetáveis, enquanto o contacto sexual entre homens é a forma de transmissão mais prevalente na Europa Central, seguindo-se a heterossexual. Já a via de transmissão sexual de homens que têm sexo com homens, seguida da transmissão heterossexual principalmente em casos oriundos de países com epidemias generalizadas, são as formas predominantes de transmissão da Europa Occidental (ECDC, WHO Regional Office for Europe, 2011).

A incidência de novos casos em 2010 continuou a atingir uma faixa da população jovem da Europa, em que 12% das infeções correspondem a pessoas com idades compreendidas entre os 25 e os 24 anos e 38 % destas são mulheres (ECDC, WHO Regional Office for Europe 2011).

De uma forma sumária o relatório da ECDC e WHO Regional Office for Europe (2011) sobre o cenário da infeção na Europa reporta que:

- Os quatro países com maior taxa de incidência são a Estónia, a Letónia, o Reino Unido e a Bélgica;
- Os países com as taxas de prevalência mais alta são: a Rússia, a Ucrânia e a Estónia;

- Em 2010, o modo predominante de transmissão foi o sexo entre homens (38% dos novos casos diagnosticados), seguido do contacto heterossexual (24%);
- A percentagem de novos diagnósticos dos consumidores de drogas injetáveis, apesar de ser a forma de transmissão que mais pessoas infetou até à data (114 000 na Europa Ocidental e 940 000 na Europa de Leste) (Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use, 2010), diminuiu 44% desde 2004, representando 4% dos casos diagnosticados em 2010;
- O número de novos casos por transmissão vertical diminuiu cerca de 26% desde 2004, e em 2010 apenas 1% dos diagnósticos foi devido a esta via de transmissão;
- A percentagem de diagnósticos com outras razões na sua origem (infecção nosocomial, transfusão de sangue e seus produtos) aumentou cerca de 30% desde 2004, de 3145 casos em 2004, para 4104 em 2010.

No que respeita ao número de mortes por SIDA, a União Europeia registou 196 927 mortes desde o início das notificações (ECDC & WHO Regional Office for Europe, 2011). Em 2010, morreram em média 9900 adultos e crianças com SIDA, abaixo dos estimados 10 mil, em 2001, para a Europa Ocidental e Central (Regional Office for Europe, 2012).

No entanto, entre 2001 e 2010, o número de mortes relacionadas com a SIDA aumentou mais de onze vezes na Europa de Leste e na Ásia Central (de cerca de 7800 para 90 000) (Regional Office for Europe, 2012).

As nações desenvolvidas, como é o caso dos países da Europa Ocidental e da América do Norte, que nos últimos anos conseguiram diminuir a taxa de mortalidade por SIDA, encontram atualmente novos desafios, de tal modo que, segundo a UNAIDS (2009, p.66) “...é suscetível de se exigir maior sucesso no incentivo ao diagnóstico precoce da infeção pelo VIH.”. Estes novos desafios surgem com base nos dados epidemiológicos que provam que, por exemplo, na Europa, 15% a 38% dos casos de infeção são diagnosticados tardiamente (UNAIDS, 2009). Vários estudos (Girardi, Sabin, & Monforte, 2007) indicam que as infeções não diagnosticadas ou tardiamente diagnosticadas facilitam a transmissão do VIH, aumentam o risco de mortalidade precoce de pessoas que vivem com VIH/SIDA e duplicam os custos do tratamento (Krentz, Auld & Gill, 2004).

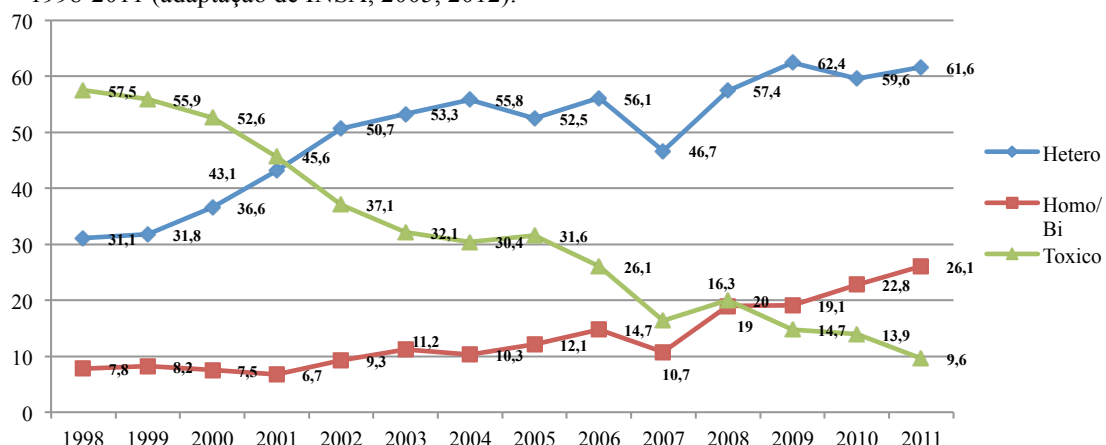
1.3.3. O VIH/SIDA em Portugal

Em Portugal, a situação de infeção pelo VIH/SIDA parece ter começado a estabilizar nos últimos 3 anos (quadro 2). Desde o primeiro caso diagnosticado em Outubro de 1983 (Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA, 2007), já foi infetada cerca de 0,3% da população do nosso país e já morreram cerca de sete mil e quinhentas pessoas com SIDA. No final de 2012, segundo o relatório intitulado “*Infeção VIH/SIDA e Tuberculose em números – 2013*”, editado pela Direção Geral de saúde [DGS], referente à situação de Portugal em 31 de Dezembro de 2012, estavam notificados 42580 casos de infeção pelo VIH/SIDA nos diferentes estádios da infeção, correspondendo a 73% de pessoas do sexo masculino e 27% do sexo feminino (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2013).

O padrão epidemiológico da categoria de transmissão alterou-se a partir de 2001, passando a categoria de transmissão heterossexual a liderar a tabela desde essa data, e verificando-se uma diminuição do número de casos associados à toxicod dependência (gráfico 3). Contudo estas alterações só são perceptíveis nos relatórios do Instituto Nacional de Saúde [INSA], sobre a situação de Portugal relativamente à infeção do VIH/SIDA, a partir do ano de 2010.

Gráfico 3

Evolução da infeção pelo vih/sida por categoria de transmissão (em percentagem), 1998-2011 (adaptação de INSA, 2005, 2012).



O quadro que se segue (quadro 2) permite uma análise mais detalhada das várias formas de transmissão, sendo de salientar a inexistência de registos de transmissão em hemofílicos desde 2009.

Quadro 2

Distribuição de casos de infeção pelo VIH/SIDA por categoria de transmissão e ano de diagnóstico, desde 01/01/1983 a 31/12/2012 (DGS, 2013).

Categorias de transmissão											Total	
	≤2003 ^a	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Nº	%
Homo/Bisexuais	3232	225	245	303	281	373	645	360	326	187	5932	13.9
Toxicodependente	12727	664	628	534	429	398	267	230	131	78	16086	37.7
Homo/Toxicodep.	225	7	12	3	5	3	3	3	2	1	309	0.7
Hemofilicos	122	0	3	1	0	1	0	0	0	0	127	0.2
Transfusionados	247	4	1	2	1	1	2	1	2	1	262	0.6
Heterossexuais	9412	1194	1049	1151	1218	1145	1103	951	826	490	18539	43.5
Mãe/Filho	261	19	13	14	17	16	15	17	8	5	385	0.9
Nosocomial	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3 ^b	0.0
Não referida	706	34	46	38	32	46	52	43	26	14	1041	2.4
Total	26935	2147	1997	2046	1983	1983	1787	1605	1321	776	42580	100

a. O ano de 2003 inclui os casos de 1983 a 2003. b. Um dos casos refere-se a infeção adquirida em país africano.

No que se refere ao grupo etário, para o total de casos acumulados, a faixa mais atingida é, à semelhança dos dados mundiais, a que corresponde a pessoas com idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos (82%), sendo a moda pertencente a jovens adultos com idades compreendidas entre os 30 e os 34 anos, representando 19.2% do total de infetados (DGS, 2013). No entanto, em Portugal, no ano de 2012, a faixa etária dos 40 aos 44 anos ($M=41,6$ anos) foi a que teve o maior número de diagnósticos ($n=60$) (INSA, 2013).

Quanto às diferenças de género, a maior taxa de infeção pertence ao sexo masculino representando 80,9% dos casos diagnosticados, de tal forma que os 19,1% de mulheres infetadas representam um rácio homem/mulher (H/M) de 2,4. Apesar da proporção H/M ter aumentado ligeiramente a partir de 2007 (ano em que se registou a mais baixa proporção) estes dados vão ao encontro do que tem sido reportado no resto da Europa, estando a maior proporção de homens relacionada com o aumento de casos entre homens que têm sexo com homens (INSA, 2013).

No que diz respeito ao grupo de patologias associado aos casos de SIDA (quadro 3), as infeções oportunistas (I.O.) constituem o grupo com maior prevalência (87,8%), seguidas pelo Sarcoma de *Kaposi* com uma prevalência muito menor, correspondente a 3,6% dos casos. Por categoria de transmissão, nos toxicodependentes as I.O.

representam 92,8% das patologias observadas neste grupo, enquanto nos heterossexuais constituem 87,7% e nos homossexuais e bissexuais 72,6%.

Quadro 3

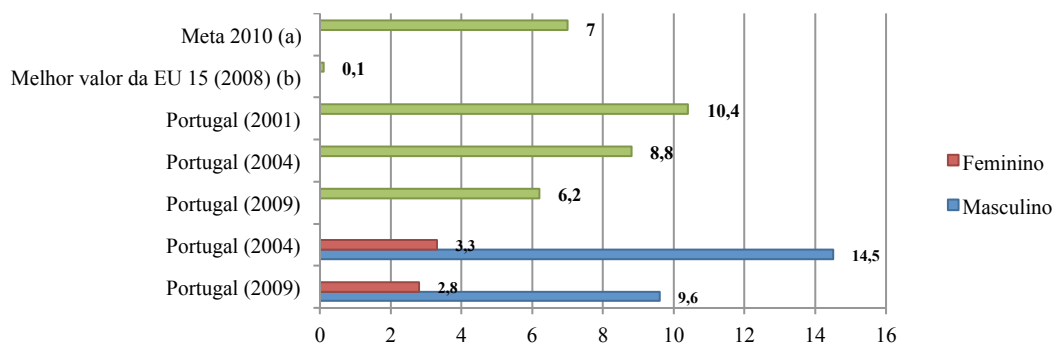
Distribuição de casos de Sida por patologia observada à data do diagnóstico, segundo categorias de transmissão, desde 01/01/1983 a 31/12/2011 (INSA, 2012).

Categorias de transmissão	Infeção Oportunist a (IO)	Sarcoma de Kaposi (SK)	IO + SK	Linfoma	Encefalopatia	Síndrome de Emaciação por VIH	Pneumonia Intersticial Linfoide	Carcinoma Invasivo Colo do Útero	Total
Homo ou Bissexuais	1524	256	203	67	20	30	0	0	2101
Toxico-dependentes	7005	124	185	92	48	85	0	13	7552
Homo/Toxico-Dependentes	103	6	10	3	3	2	0	0	127
Hemofilicos	61	1	1	4	0	0	0	0	67
Transfusionados	111	3	1	3	8	6	0	0	132
Heterossexuais	5628	209	143	229	81	70	0	54	6414
Mãe/Filho	60	0	0	0	12	8	21	0	101
Nosocomial	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Não referida	329	13	17	14	10	2	0	0	385
Total	14823	612	560	412	182	203	21	67	16880

Relativamente às taxas de mortalidade padronizada por SIDA, nas faixas etárias anteriores aos 65 anos, verificamos uma diminuição gradual, para ambos os sexos, ao longo dos anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2010). A taxa decresceu entre 2001 e 2009 em Portugal Continental, de 10,4 para 6,2 óbitos por 100 000 habitantes (gráfico 4), superando as metas para o ano de 2010 propostas pela Direção Geral de Saúde.

Gráfico 4

Taxa de mortalidade padronizada por SIDA antes dos 65 anos / 100 000 habitantes (INE , 2010).

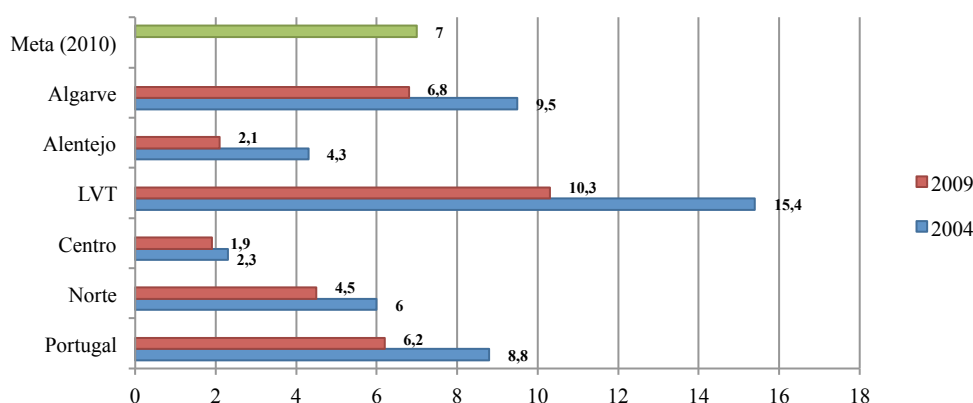


(Método direto: população-padrão europeia). (a) Calculada pela DGS para Portugal Continental, (b) Grécia e Finlândia

Apesar desta diminuição, a taxa de mortalidade por SIDA, em 2009 em Portugal, ainda foi muito superior ao melhor valor da Europa dos quinze (0,1 por 100 000, reportado pela Grécia e Finlândia).

Avaliando a realidade nacional numa perspetiva mais detalhada, a taxa de mortalidade padronizada por SIDA antes dos 65 anos apresenta grande variabilidade inter-regional (gráfico 5), destacando-se as Regiões de Lisboa e Vale do Tejo (LVT) e Algarve com 10,3 e 6,8 óbitos por 100 000 habitantes, respetivamente, enquanto no Centro e Alentejo a taxa é bem menor, com cerca de 2 óbitos por 100 000 habitantes (valores para 2009).

Gráfico 5
Taxa de mortalidade padronizada por SIDA antes dos 65 anos / 100 000 habitantes, por Região (NUTS II de 1999) (INE , 2010).



No período de 2004 a 2009 em Portugal Continental, a tendência da taxa de mortalidade por SIDA nos homens com menos de 65 anos foi decrescente, tendência esta que se verificou estar presente em todas as Regiões de Portugal Continental. Para a população feminina, apenas na Região do Algarve se observou o aumento da taxa de mortalidade, que passou de 3,2 para 3,7 óbitos por 100 000 mulheres.

Relativamente ao acesso ao tratamento, no ano de 2010 existiam 14243 pessoas infetadas e elegíveis (de acordo com as recomendações nacionais) ou a fazer tratamento antirretroviral (DGS, 2013). No entanto, em 2011 apenas 9637 pessoas estavam a fazer tratamento. Se considerarmos que em 2011 o número de óbitos foi de 546, percebemos que cerca de 28,5% das pessoas infetadas e elegíveis para tratamento ou nunca iniciaram a terapêutica ou desistiram, demonstrando alguma fragilidade dos serviços de saúde ao nível da adesão ao tratamento das pessoas infetadas.

Apesar dos dados relativos à situação de Portugal serem positivos na sua globalidade pois mostram a redução da incidência de VIH/SIDA desde 2010, bem como a redução do número de mortes por SIDA, quando comparamos o quadro nacional com o resto da Europa estes números não são tão animadores. Neste cenário, Portugal tem a estimativa da mais alta prevalência da Europa Ocidental e Central, que se encontra nos 0,6% [0,4%-0,7] (UNAIDS, 2009). Segundo o *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) e a OMS (2008) a taxa de novos diagnósticos de Portugal é também a mais alta da Europa Ocidental e Central, com a categoria de transmissão toxicodependente (partilha de material de injeção) e heterossexual a liderar o *ranking* da UE, seguindo-se a transmissão homossexual como a terceira categoria mais alta a nível Europeu.

Numa perspetiva global, e levando em linha de conta o total de casos de infeção pelo VIH/SIDA epidemiologicamente identificados (portadores assintomáticos, portadores sintomáticos não SIDA, e portadores de SIDA) desde 1 de Janeiro de 1983 a 31 de Dezembro de 2011, assumem a devida relevância os dados que constam do quadro que se segue, e que refletem um total de 41035 casos notificados (Quadro 4).

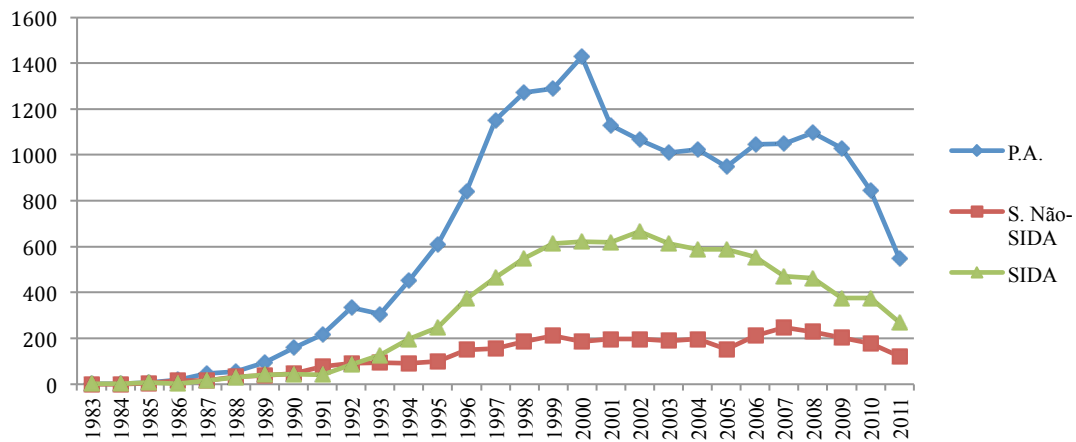
Quadro 4

Total acumulado de casos de infeção pelo VIH segundo a classificação epidemiológica (Portadores Assintomáticos, Sintomáticos Não-SIDA e SIDA) e estado vital de 01/01/1983 a 31/12/2011 (INSA, 2012).

1983- 2011	Casos de Port. Assint.			Casos Sint. Não-SIDA			Casos de SIDA		
	Vivos	Mortos	Total	Vivos	Mortos	Total	Vivos	Mortos	Total
Total	19077	918	19995	3617	543	4160	9024	7856	16880

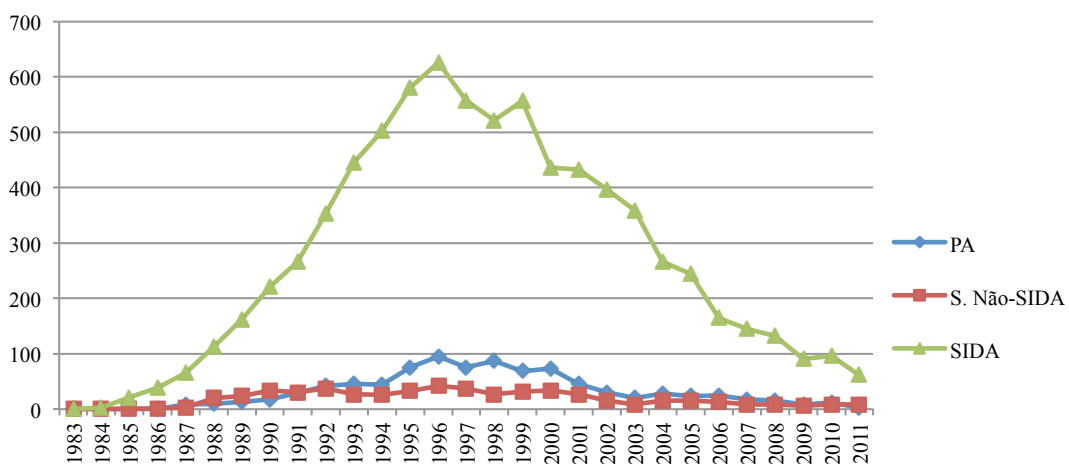
A evolução de casos notificados vivos de 1983 a 2012 (29 anos), distinguindo portadores assintomáticos, portadores não-SIDA e portadores de SIDA está patente no gráfico que se segue (gráfico 6) sobressaindo a curva da evolução dos pacientes assintomáticos como exemplo da importância do rastreio precoce da infeção.

Gráfico 6
Evolução de casos notificados vivos de 1983 a 2012 (INSA, 2012).



A evolução de casos de mortes notificadas de 1983 a 2012, distinguindo portadores assintomáticos, sintomáticos não-SIDA e portadores de SIDA está patente no gráfico que se segue (gráfico 7) sendo de realçar, para além da esperada elevada mortalidade que se associa ao estágio de SIDA, a diminuição da mortalidade nos três estádios da doença a partir de 1999, fruto dos avanços tanto do acesso à terapêutica antirretroviral como da maior eficácia dos fármacos.

Gráfico 7
Evolução de casos de mortes notificadas de 1983 a 2012, distinguindo portadores assintomáticos, sintomáticos não-SIDA e SIDA (INSA, 2012).



Desde o início das notificações, em 1983, os casos de SIDA (N=16880) representam 46,5% dos óbitos. As infeções oportunistas associam-se a um maior número de mortes, e destas, destaca-se a tuberculose como a patologia oportunista que mais pessoas infetadas vitimou (40,8%) (INSA, 2012).

No que à deteção precoce diz respeito, os dados apresentados pelos Centros de Aconselhamento e Deteção (CAD) mostram uma tendência decrescente no número de testes realizados desde 2007 (DGS, 2013), ano em que se registou o maior número de rastreios (25032). Contudo, apesar da percentagem de testes positivos ter estabilizado desde essa altura nos 0.9%, estes dados demonstram, mais uma vez, que o esforço para a sensibilização para o rastreio não tem tido frutos.

Estes dados, elaborados com base no relatório da situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2011 em relação ao VIH/SIDA (INSA, 2012), juntam-se aos que nos permitem caracterizar a situação portuguesa, com os seguintes contornos:

- A maior frequência de casos notificados (para os 3 estádios da infeção) corresponde a indivíduos com causa provável de transmissão por via sexual (nomeadamente heterossexual, em 42,9% dos casos);
- A transmissão associada ao consumo de drogas por via endovenosa constitui 38,7% do total das notificações;
- O total de casos de SIDA acumulados nestes 29 anos (N=16880) eram predominantemente provocados pelo VIH1, com apenas 3,2% provocados pelo VIH2 e somente 1,3% dos casos tendo como associação da infeção a ambos os tipos de vírus;
- Os portadores assintomáticos são descritos como sendo predominantemente jovens/adultos entre os 20 e os 39 anos (68% de casos notificados), associados de forma mais evidente a duas categorias de transmissão - heterossexuais (46,5% do total de notificações) e consumo de drogas por via endovenosa (35,0%);
- Os casos sintomáticos não-SIDA constituem-se como o grupo com menor frequência de indivíduos;
- Portugal, a par com a maioria dos países Europeus, apresenta uma epidemia concentrada, ou seja, a prevalência de casos na população geral é inferior a 1% (dados obtidos pelo rastreio das grávidas das zonas urbanas) e superior a 5% em pelo menos uma das subpopulações de risco.

1.4. Diagnóstico, tratamento e terapêuticas

A área do tratamento do VIH/SIDA foi a que até ao momento maior desenvolvimento e investimento teve, e o que já se alcançou nestes 30 anos em termos de terapêutica e fiabilidade na deteção do vírus foi extraordinário. Apesar de ainda não existir cura para uma doença que nos primeiros tempos após a sua descoberta constituía uma sentença de morte em poucos anos, devido à evolução da terapêutica antirretroviral esta passou a ser considerada uma doença crónica, aumentando significativamente a esperança e a qualidade de vida das pessoas infetadas. Para além disso, está confirmado atualmente que a terapêutica antirretroviral por diminuir a carga viral a níveis indetetáveis, tem função de prevenção da infeção, facto que constitui uma das maiores vitórias da luta contra esta epidemia (NAM, 2013; WHO, 2012; Antinori, Johnson, Moreno, Rockstroh, & Yazdanpanah, 2010).

Neste ponto orientado para os 30 anos de diagnóstico, tratamento e terapêuticas para o VIH/SIDA, iremos dedicar primeiramente a nossa atenção ao diagnóstico da infeção, onde nos centraremos na perspetiva evolutiva dos testes de deteção da infeção. Seguidamente abordaremos o tratamento farmacológico, a sua evolução ao longo dos anos e as recomendações portuguesas para o tratamento com estes fármacos. Por fim, iremos concentrar-nos no processo de aconselhamento pré e pós teste.

1.4.1. Diagnóstico da infeção

A criação e desenvolvimento dos testes de diagnóstico do VIH/SIDA foram evoluindo à medida que o conhecimento sobre as características biológicas e formas do vírus atuar dentro do organismo foi aumentando. Nesse sentido, antes de abordarmos os testes de deteção iremos descrever, sucintamente, a biologia e os mecanismos de ação do VIH/SIDA, seguindo-se os critérios de diagnóstico de cada estágio da infeção.

As células de um organismo assumem todas funções variadas, podendo estar dependentes umas das outras ou a viver em estado livre, como é o caso das bactérias. Os vírus, ao contrário das bactérias, apenas conseguem sobreviver no interior das células que lhes fornecem as condições e mecanismos necessários à sua reprodução (Daurel & Montagnier, 1995).

Os vírus VIH 1 e 2, devido às suas características morfológicas, genómicas e biológicas foram classificados na família dos *retroviridae*, género lentivirus (Piedade, Viveiros, & Esteves, 2001). Do género dos lentivirus fazem parte diversos vírus animais (vírus da imunodeficiência símia, vírus da imunodeficiência felina, por exemplo). A sua contraparte humana, o VIH, foi descoberta devido à sua associação com a síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) (Levy, 2008). Este género de vírus (lentivirus) caracteriza-se pela evolução lenta das patologias associadas à infeção, pela replicação viral persistente e pelo envolvimento do sistema nervoso central (associação a doenças neurológicas e imunossupressivas) (Rubbert, Beherens, & Ostrowsky, 2011; Levy, 2008; Piedade, Viveiros, & Esteves, 2001). Por sua vez, os vírus da família *retroviridae* caracterizam-se por executar exatamente a operação inversa à dos vírus “comuns” (Daurel & Montagnier, 1994), ou seja, pela existência, durante o ciclo de replicação viral, de um passo de transcrição do genoma de ARN em ADN (transcrição reversa), por ação da polimerase transcriptase reversa (Piedade, Viveiros, & Esteves, 2001).

Esta nova molécula de ADN, que foi codificada pelo ARN do vírus, vai integrar-se no ADN da célula hospedeira contaminada, transformando-se num provirus ou vírus endógeno (conjunto de genes novos que se integram nos da célula) (Piedade, Viveiros & Esteves, 2001; Daurel & Montagnier, 1994). A partir daqui o processo de transcrição de genes retoma o seu percurso normal. O ADN viral é recopiado para ARN que vai permitir que os novos viriões se possam reproduzir (Daurel & Montagnier, 1994).

Para além da sua ação de integração na célula hospedeira utilizando-a para a sua própria reprodução, o VIH também atua no sistema imunológico.

Este sistema é formado pelo conjunto de todos os mecanismos que o organismo dispõe para se defender e assim manter o seu equilíbrio. Ou seja, é um conjunto de defesas que está permanentemente atento a tudo o que se passa no organismo para poder detetar qualquer ameaça, reconhecê-la e se possível destruí-la. Quando o sistema imunológico falha, surge a doença. No caso da infeção pelo VIH o organismo não tem a capacidade de destruir o vírus pois este ataca as células do seu sistema de defesa, alterando, deste modo, o próprio sistema imunológico que fica sem defesas e vulnerável a outros vírus e bactérias, (NAM, s/d).

Com já foi referido, o vírus do VIH ataca o sistema imunológico deixando o organismo sem defesas, o que acontece pelo processo que seguidamente descreveremos.

O sistema imunológico é constituído por dois tipos principais de células especializadas: os fagócitos que são a primeira linha de ação geral não especializada, e

os linfócitos que constituem a segunda barreira de proteção especializada (linfócitos específicos e antígenos específicos). São os linfócitos que nos interessam particularmente pois são estas as células que são “atacadas” pelo vírus do VIH. Os linfócitos dividem-se em dois tipos, os linfócitos B (anticorpos) que recebem ordens das células T para produzirem substâncias que ajudam a destruir o agressor, e os linfócitos T que para além de serem os responsáveis por todo o sistema imunológico também têm a capacidade de destruir diretamente certos tipos de microrganismos. Os linfócitos T ainda se subdividem em T auxiliares (CD4), supressores (CD8) e assassinos (NK). As células T auxiliares (CD4/*helpers*) são os “chefes” do sistema imunitário pois identificam o inimigo e estimulam as células a lutarem e são estes os linfócitos específicos que o VIH ataca (Feinberg, 1996).

É aqui que mais uma vez a “inteligência” do VIH se faz notar, ao atacar o “cérebro” de todo o sistema imunológico. Então, se as células que identificam o inimigo e ordenam às outras células para atacá-lo falham, todo o sistema imunitário entra em desequilíbrio e deixa de funcionar, colocando o organismo em risco de contrair qualquer tipo de doença. Até uma simples gripe se torna uma ameaça à sobrevivência do organismo.

O VIH replica-se muito rapidamente produzindo vários biliões de novos vírus a cada dia. No entanto, é a sua capacidade de mutação que o torna tão difícil de travar (National Institute of Allergy and Infectious Diseases [NIAID], 2009).

A transcrição de ARN em ADN muitas vezes produz erros aleatórios, que resultam em novos tipos ou estirpes de VIH. Algumas estirpes são difíceis de eliminar devido à sua capacidade de infetar e matar outros tipos de células, enquanto outras estirpes se reproduzem mais rapidamente. Para além disto, a recombinação de estirpes diferentes também produz um maior número de novas estirpes. Ou seja, o VIH está em constante mutação, o que o torna muito difícil de controlar e por isso altamente mortal (NIAID, 2009).

O tempo que o VIH demora a destruir o organismo é variável, podendo demorar anos até evoluir para a fase de SIDA. Esta é, por sua vez, a última fase de evolução da doença. Contudo devido ao desenvolvimento das novas formas de tratamento a noção de irreversibilidade das fases tem vindo cada vez mais a ser posta em causa, pois sabe-se que atualmente uma pessoa já na fase de SIDA, através das novas terapêuticas antirretrovirais, pode reverter para uma fase anterior (NAM, 2013; Moore & Chaisson, 1999).

Assim, desde a penetração do vírus no organismo até à instalação da doença propriamente dita, a pessoa atravessa diferentes estádios, independentemente da sua reversibilidade ou não (Marra & Burattini, 2000; Guerra, 1998; Daurel & Montagnier, 1995).

A determinação dos estádios da infeção pelo VIH não é consensual e por essa razão várias classificações são encontradas na literatura. Nas categorizações clássicas podemos encontrar entre 3 a 7 diferentes estádios da doença, que vão da primoinfeção até à fase de SIDA. Em oposição a estas definições clássicas encontramos a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), que estabelece numericamente os estádios e caracteriza-os segundo os sintomas e doenças que cada um normalmente apresenta.

Seguidamente, iremos descrever a classificação dos estádios da infeção pelo VIH proposta por Sax, Cohen e Kuritzkes (2012) por nos parecer a mais completa. No entanto, iremos também apresentar os estádios definidos pela OMS por ser uma instituição de referência mundial.

Os estádios da doença segundo Sax, Cohen e Kuritzkes (2012), são os que se seguem:

1. Transmissão viral: A infeção é adquirida por transmissão sexual, sanguínea ou vertical.
2. Infeção aguda (primária): Ocorre entre a primeira e a quarta semana após a transmissão e é acompanhada pela explosão da replicação viral e pelo declínio das células CD4. Uma grande parte dos doentes apresenta uma síndrome sintomática do tipo mononucleose. A infeção aguda é confirmada pela demonstração de níveis elevados de ARN do VIH (carga viral) com teste de anticorpos VIH negativo, ou um teste *ELISA* reativo com um resultado no teste *Western Blot* negativo ou indeterminado.
3. Seroconversão: O surgimento de testes de anticorpos VIH positivos ocorre normalmente entre as quatro semanas da infeção aguda e os seis meses.
4. Infeção assintomática: A fase assintomática é temporalmente variável (8 – 10 anos) e é acompanhada pelo declínio da contagem de células CD4 e níveis de ARN VIH relativamente estáveis (“*set point*” viral).
5. Início da infeção sintomática: Anteriormente denominada de “complexo relacionado com a SIDA”, é descrita como “sintomática Não-SIDA” nos relatórios portugueses sobre a infeção do INSA. Esta fase inclui sintomas como candidíase vaginal (persistente, frequente e pouco reativa ao tratamento), herpes

zóster (episódios recorrentes ou envolvendo múltiplos dermatomas), leucoplasia pilosa oral, neuropatia periférica, diarreia, ou sintomas constitucionais (por exemplo febres não muito altas e perda de peso).

6. SIDA: Esta fase é definida pela contagem inferior a 200/mm³ de células CD4, pela percentagem de 14% de células CD4 no total dos linfócitos, e pela existência de pelo menos uma infeção oportunista. As infeções oportunistas mais comuns são: *pneumocystis jirovecii* (*carinii*) *pneumonia*, meningite criptocócica, pneumonia bacteriana recorrente, esofagite candida, toxoplasmose, tuberculose e linfoma não-Hodgkin's. Outros sintomas indicadores de SIDA são: candidíase dos brônquios, traqueia ou pulmões, coccidioidomicose extrapulmonar, criptococose ou histoplasmose, criptosporidiose ou isosporiase intestinal crónica (superior a 1 mês), Sarcoma de Kaposi, pneumonia intersticial linfóide/hiperplasia pulmonar linfóide, infeção microbacterial extrapulmonar disseminada (não-tuberculosa), leucoencefalopatia multifocal progressiva, septicemia por salmonela recorrente, síndrome de emaciação por VIH.
7. Doença avançada: Corresponde a uma contagem de células CD4 inferior a 50/mm³. A maioria das mortes relacionadas com a SIDA ocorre neste ponto. As infeções oportunistas do estágio tardio são causadas pelo citomegalovírus (CMV) (retinite, colite) ou pelo Complexo *Mycobacterium avium* (MAC).

De seguida apresentamos os estádios clínicos da infeção pelo VIH, para adultos e adolescentes (> 15anos) de acordo com a OMS (WHO, 2006). Com a exceção da infeção primária, os restantes estádios clínicos referem-se a adultos e adolescentes com diagnóstico de infeção por VIH confirmado.

1. Infeção primária (para pessoas sem diagnóstico confirmado): Assintomática ou síndrome retroviral agudo. Diagnóstico presumível: doença febril 2 – 4 semanas após a exposição, com frequente linfadenopatia, faringite e manifestações cutâneas. Diagnóstico definitivo: núcleo do antígeno P24 detetável e elevada carga viral; pode ocorrer linfopenia temporária profunda e outras anormalidades sanguíneas transitórias. Seroconversão de Ac-negativo para Ac-positivo.
2. Estádio Clínico 1: Assintomático ou linfadenopatia persistente generalizada (LPG)
3. Estádio Clínico 2: Perda de peso moderada e não explicada por outras causas (<10% do peso corporal presumido ou medido), infeções recorrentes do trato

respiratório (sinusite, amigdalite, otite média e faringite), herpes zóster, queilite angular, ulceração oral recorrente, erupções papulares pruriginosas, dermatite seborreica, infecções fúngicas das unhas.

4. Estádio Clínico 3: Perda de peso grave inexplicada (> 10% do peso corporal presumido ou medido), diarreia crónica inexplicada (mais de um mês), febre persistente inexplicada (acima de 37,5 °C, intermitente ou constante durante mais de um mês), candidíase oral persistente, leucoplasia pilosa oral, tuberculose pulmonar, infecções bacterianas graves (como pneumonia, empiema, piomiosite, infecção óssea ou articular, meningite ou bacteremia), periodontite, estomatite ou gengivite ulcerativa necrosante aguda ou anemia inexplicada (<8 g / dl), neutropenia (<0,5 × 10⁹ por litro) e / ou trombocitopenia crónica (<50 x 10⁹ por litro).
5. Estádio Clínico 4: síndrome de emaciação por VIH, pneumonia pneumocystis pneumonia bacteriana grave recorrente, infecção crónica por herpes simplex (orolabial, genital ou retal de duração superior a um mês, ou visceral em qualquer local), candidíase esofágica (ou candidíase da traqueia, brônquios e pulmões), tuberculose extrapulmonar, sarcoma de kaposi, infecção por citomegalovírus (retinite ou infecção de outros órgãos), toxoplasmose do sistema nervoso central, encefalopatia por VIH, criptococose extrapulmonar incluindo meningite, disseminação da infecção por micobactérias não-tuberculosas, leucoencefalopatia multifocal progressiva, criptosporidiose crónica, isosporíase crónica, micose disseminada (histoplasmose extrapulmonar ou coccidiomicose), septicemia recorrente (incluindo salmonela não-tifóide), linfoma (cerebral ou não-hodgkin das células B), carcinoma cervical invasivo, leishmaniose disseminada atípica, nefropatia ou cardiomiopatia sintomática associada ao VIH.

Para a elaboração do diagnóstico e inclusão num dos estádios da infecção, é necessária a presença do vírus e de anticorpos em unidades de sangue. Desta forma, a deteção para a elaboração do diagnóstico é sempre feita com recurso a análises sanguíneas, que podem ser de vários tipos e que passamos seguidamente a descrever.

A fácil disseminação do VIH/SIDA obrigou a um esforço global para a criação de testes de diagnóstico específicos. Desde a introdução do primeiro teste em 1985 os avanços tecnológicos possibilitaram a evolução até à quarta geração de testes para a sua deteção. Estes testes permitem identificar cada vez mais precocemente a infecção e,

assim, quantificar a taxa de incidência de pessoas infetadas e proceder mais rapidamente ao seu tratamento (NAT, 2014).

No que diz respeito ao diagnóstico, segundo Marília Pedro (2008), há dois aspetos fundamentais a ter em conta. O primeiro diz respeito à deteção da infeção, o segundo à sua confirmação.

Os métodos de deteção da infeção dividem-se, por sua vez, em métodos diretos, que detetam o vírus ou componentes víricos, e os métodos indiretos que detetam anticorpos do vírus (Pedro, 2008).

Antes de avançarmos para a descrição da evolução dos testes, precisamos de clarificar alguns conceitos que irão surgir ao longo do capítulo.

O primeiro conceito diz respeito aos parâmetros de fiabilidade dos testes - sensibilidade e especificidade. A sensibilidade mede a capacidade do teste para identificar corretamente a doença entre aqueles que a possuem, ou seja, é a fração dos que obtiveram resposta positiva no teste entre aqueles que possuem a doença. A especificidade mede a capacidade do teste para excluir corretamente aqueles que não possuem a doença, ou seja, é a fração dos que obtiveram resposta negativa no teste entre aqueles que não possuem a doença (Preiser & Korsman, s/d; Altman & Bland, 1994).

O segundo conceito é referente ao período de janela. Este é o período de tempo que decorre entre o momento em que o indivíduo foi infetado e o surgimento de níveis de anticorpos detetáveis (Preiser & Korsman, s/d).

O terceiro diz respeito aos princípios da análise imunológica. Estes assentam na interação entre proteínas e péptidos específicos com os anticorpos criados contra eles. Na análise de antigénios, o teste introduz um anticorpo (usualmente monoclonal) para identificar o vírus no plasma ou linfa de um indivíduo infetado – método direto. Na análise imunológica Anti-VIH, um antigénio é usado para capturar ou reagir com os anticorpos criados contra a infeção pelo VIH – método indireto (Chappel, Wilson, & Dax, 2009).

Foi em meados dos anos 80 que o primeiro teste de deteção da infeção pelo VIH/SIDA, *enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA)*, se tornou disponível para comercialização. Desde então, os avanços nesta área têm sido bastante rápidos, estando neste momento na quarta geração de testes de rastreio e diagnóstico do VIH/SIDA

(WHO, 2004; Chappel, Wilson, & Dax, 2009; Weber, Fall, Berger, & Doerr, 1998; Saville, et al., 2001; Dwyer, 2010; Saville, et al., 2001).

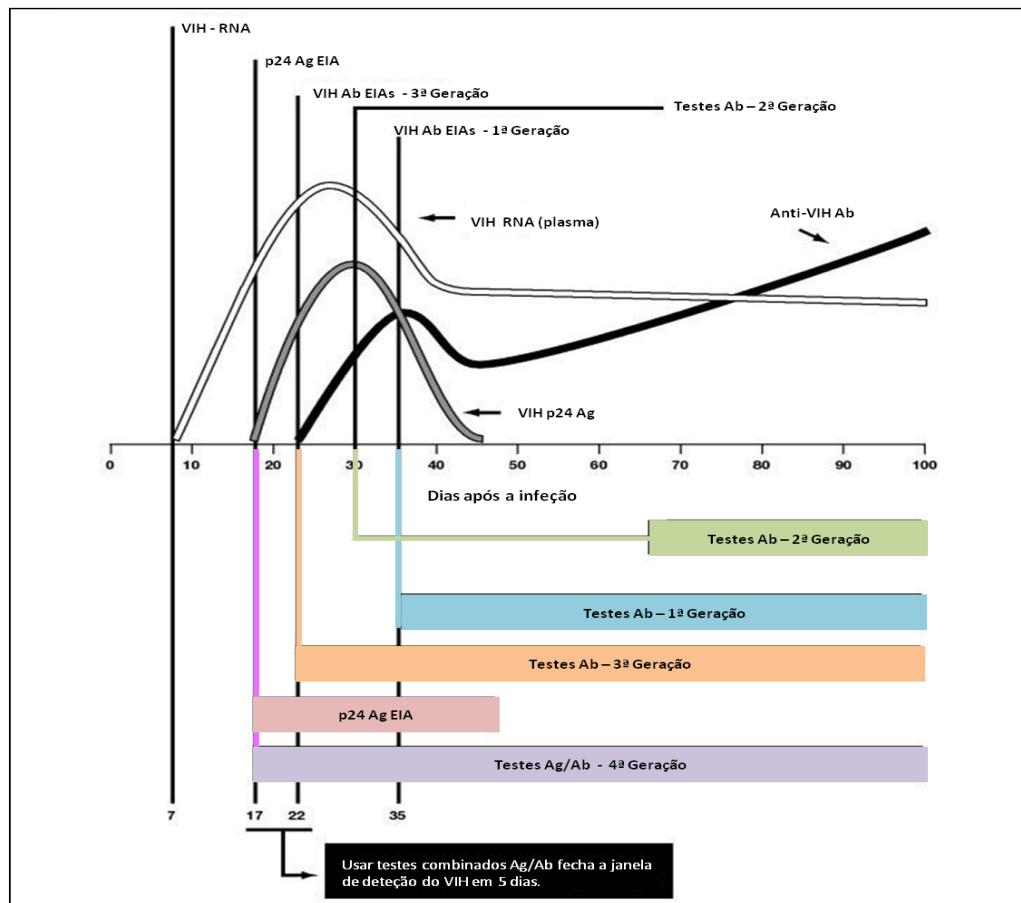
Na primeira década da SIDA, até aos anos 90, os únicos testes disponíveis para o diagnóstico da infeção eram os que detetavam a presença de anticorpos anti-VIH em unidades de sangue. Os *ELISA* originais envolviam o uso de um lisado viral (WHO, 2004) como meio para o antigénio capturar o anticorpo presente na amostra (Chappel, Wilson, & Dax, 2009; Saville, et al., 2001). Desta forma a seroconversão só era detetada entre 45 a 56 dias após a infeção (Pedro, 2008). Contudo, as percentagens de resultados falsos-positivos causados pela contaminação do antigénio com proteínas de células usadas para a cultura do vírus, eram bastante grandes (Chappel, Wilson, & Dax, 2009). Este facto obrigou a que a especificidade dos testes fosse compensada pelo que, se fossem detetados espécimes positivos estes eram confirmados através da tecnologia *Western Blot* (Chappel, Wilson, & Dax, 2009; WHO, 2004). Este segundo teste suplementar ou de confirmação feito para distinguir a reatividade positiva ou negativa (Chappel, Wilson, & Dax, 2009), apesar de necessário, é tecnicamente difícil, demorado e caro (WHO, 2004; Saville, et al., 2001; Ménard, Mavolomadé, Mandeng, & Talarmin, 2003).

A segunda geração de testes de análise imunológica anti-VIH -1 surge em 1987. A evolução da 1ª para a 2ª geração de testes ocorre, essencialmente, na redução do período de janela de 56 dias para 42 dias. No entanto, os resultados falsos-positivos continuam a surgir com frequência, conservando-se a confirmação pelo *Western Blot* em todas as amostras positivas. Nesta segunda geração de testes a especificidade frágil mantém-se, e muitas vezes os resultados inespecíficos originam resultados *Blot* indeterminados (Chappel, Wilson, & Dax, 2009; Falé, 2006).

A terceira geração de testes surge nos inícios dos anos 90 e revela uma mudança significativa no formato. Enquanto os testes de 2ª geração (análise imunológica indireta) usavam o anti-IgG conjugado para a deteção dos limites dos anticorpos anti-VIH, a 3ª geração de testes usa a técnica “*sandwich*”, empregando o antigénio conjugado (p24). Deste modo, a sensibilidade aumenta e a especificidade mantém-se, diminuindo o período de janela para 20-25 dias aproximadamente (Chappel, Wilson, & Dax, 2009; Weber, Fall, Berger, & Doerr, 1998; Saville, et al., 2001).

Figura 1

Exemplo do impacto dos diferentes testes na diminuição do período de janela e consequentemente na deteção mais precoce da infeção. (fonte: Lab Med, 2011, American Society for Clinical Pathology).



Este período foi ainda mais encurtado, para 3 - 4 semanas (figura 1), através da combinação antígeno-anticorpo nos testes ELISA compreendendo, deste modo, os testes de quarta geração (Chappel, Wilson, & Dax, 2009; WHO, 2004).

Da vasta lista de testes de diagnóstico disponíveis atualmente no mercado, podemos dividi-las em dois grupos: os testes laboratoriais, que exigem pessoal técnico altamente qualificado e locais com condições específicas; e os testes rápidos, que podem ser realizados fora dos laboratórios e não implicam necessariamente técnicos qualificados em análises clínicas, podendo inclusive ser muitas vezes autoadministrados.

Os testes rápidos (também conhecidos como “*point-of-care*” tests), tal como os EIA's⁶ convencionais, são testes de rastreio. Contudo, estes não requerem

⁶ Os testes EIA incluem os testes “ELISA” (enzyme-linked immunosorbent assay) e os “ELFA” (enzyme-linked fluorescent immunoassay).

conhecimentos técnicos tão especializados, nem laboratórios específicos para se proceder à análise (Greenwald, Burstein, Pincus, & Branson, 2006; Dwyer, 2010). Os testes rápidos foram desenvolvidos nos finais dos anos 80 para dar resposta à deteção da infeção em países com uma alta taxa de incidência, mas com escassos recursos técnicos e logísticos, como é o caso dos países em desenvolvimento, todavia foi só a partir dos anos 90 que eles se tornaram populares em todo o mundo (Dwyer, 2010; WHO, 2004).

Atualmente está disponível no mercado uma grande variedade destes testes que usam tecnologias de deteção diversas, mas que foram todos desenhados para dar resultados num curto espaço de tempo (+/- 30 minutos). Contudo, nem todos estão aprovados pelas entidades que regulamentam as tecnologias em saúde (a FDA nos Estados Unidos, o INFARMED em Portugal, por exemplo) (Chappel, Wilson, & Dax, 2009).

Os testes rápidos usam uma amostra total de sangue, que pode ser obtida pela picada do dedo, ou através de fluido oral. Eles apresentam uma alta sensibilidade (>99%) e uma especificidade aceitável (98-99%), mas os resultados positivos precisam de ser confirmados através de uma técnica laboratorial (Chappel, Wilson, & Dax, 2009).

1.4.2. A deteção precoce da infeção pelo VIH/SIDA

“50% das pessoas que vivem com VIH/SIDA não sabem que estão infetadas.” (UNAIDS, 2012, p.5)

Esta é uma das afirmações presentes no relatório do dia mundial da SIDA da UNAIDS (2012), referentes à baixa percentagem de realização dos testes de despiste do VIH/SIDA em todo o mundo. A discussão sobre a implementação universal dos testes de rastreio já se arrasta há quase uma década. Em 2006 o Centro de Controlo de Doenças dos Estados Unidos da América elaborou uma série de recomendações para o rastreio do VIH/SIDA aos utentes de todos os serviços de saúde, com idades compreendidas entre os 13 e os 64 anos, depois de notificados que o teste iria ser realizado, com a exceção dos que recusassem fazê-lo (*opt-out screening*⁷). Outra das

⁷ O sistema de rastreio *opt-out* (em inglês *opt-out screening*) refere-se à implementação do teste como uma prática de rotina nos cuidados de saúde, sem a necessidade de realização do aconselhamento pré-teste, salvaguardando a autonomia e o direito do utente em recusar a realização do mesmo.

recomendações consistia na realização anual do teste do VIH/SIDA de todas as pessoas em maior risco de se infetarem (Branson, 2010; CDC, 2006). Estas recomendações foram sustentadas na evidência que a deteção precoce melhora o prognóstico da doença pois permite iniciar a terapêutica numa fase assintomática e assim aumentar a esperança e a qualidade de vida dos doentes, e diminui a disseminação da infeção devido não só à diminuição do risco de infeção das pessoas em tratamento antirretroviral, mas também devido à alteração dos comportamentos que o diagnóstico supostamente implica (Adler, Mounier-Jack, & Coker, 2010; Antinori, et al., 2010).

Em Portugal, o cenário não difere do resto das regiões do mundo, pois o diagnóstico tardio representa 60% dos casos, constituindo um dos maiores obstáculos ao combate à epidemia. Apesar dos vários planos e programas nacionais de luta contra o VIH/SIDA reforçarem constantemente a necessidade da deteção precoce, o rastreio como uma boa prática apenas está implementado nos centros de atendimento local ao consumidor de drogas ilícitas (equipas tratamento – DICAD⁸).

1.4.3. Terapêutica farmacológica – Antirretrovirais

A sinergia entre sectores de atuação como a investigação, governos, indústria, organizações não-governamentais, clínicos e pacientes impulsionadas pela grande epidemia da SIDA, permitiu que a terapêutica antirretroviral evoluísse rápida e eficazmente. Contudo, só seis anos após a descoberta da SIDA é que surgiu o primeiro medicamento para o tratamento da doença. Durante este período que durou até 1991 a prescrição era monoterapêutica com AZT (Humanitarian news and analysis service of the UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs [IRIN] , 2005). Os estudos continuaram e apesar do AZT ser na altura o único medicamento que demonstrava alguma eficácia no “ataque “ direto ao vírus do VIH, os efeitos secundários do seu consumo eram menos animadores (IRIN, 2005).

A história da terapêutica antirretroviral inicia-se com alguns percalços. Segundo Harrington (2012) no início dos anos 90 a pesquisa para o tratamento era “*como um ciclo vicioso causado por uma combinação de drogas más, ensaios clínicos mal concebidos e medidas ou marcadores da atividade das drogas anti-VIH*

⁸ Até 2013 estas unidades de tratamento dependiam do IDT,IP. (Instituto da Droga e da Toxicoddependência) e estão atualmente na dependência das Administrações Regionais de Saúde.

inadequados”(p.2). A seguir ao AZT, ainda hoje usado, a urgência em dar respostas para o tratamento do VIH/SIDA lançou no mercado drogas em que os seus benefícios eram nulos ou muito limitados (como é o caso do ddC - zalcitabina) (Harrington, 2012). Em 1992, surgem, então, essas as novas drogas para o tratamento da infeção (a Didanosina (ddI) e a Zalcitabina (ddc). Estas, faziam parte do grupo dos nucleótidos inibidores da transcriptase reversa (NITR), na altura o único grupo de fármacos disponível e que se acreditava constituir uma mais valia à monoterapia. No entanto, ao fim de algum tempo deixava de ser eficaz devido ao surgimento de resistência do vírus ao medicamento (IRIN, 2005).

Em 1996 surgiu o primeiro fármaco de um novo grupo de medicamentos, o viramune (NVP), que enfatizava esta nova classe de antirretrovirais – Não- Nucleósidos Inibidores da Transcriptase (NNITR). Estes fármacos paravam a duplicação de ADN viral por desativação da enzima transcriptase reversa (IRIN, 2005).

O desenvolvimento deste novo grupo de medicamentos mostrou-se eficaz no combate ao vírus que se tinha tornado resistente aos NITR's, e rapidamente se percebeu que a terapêutica combinada entre dois grupos diferentes era muito mais eficaz no combate a um vírus em constante mutação (IRIN, 2005).

Logo a seguir à disponibilização dos NNITR's (cerca de 1996/7), surge o terceiro grupo de fármacos, os Inibidores da Protéase, que atuavam diretamente na protéase, a enzima fundamental para a replicação do VIH dentro da célula (IRIN, 2005).

Foi a partir destes três grandes grupos de fármacos que surgiu a terapêutica antiretroviral de alta eficácia (*HAART*). Atualmente existe mais de uma dezena de fármacos disponíveis para o tratamento do VIH, que podem ser divididos em vários grupos descritos a seguir.

O primeiro grupo refere-se aos fármacos inibidores da entrada, destacando-se três tipos de fármacos: os inibidores da ligação às células CD4, os inibidores da ligação aos coreceptores (maraviroc, vicriviroc, por exemplo) e os inibidores da fusão (como o enfirvitide - T20).

No segundo grupos de fármacos temos os antirretrovirais que atuam dentro da célula. Nestes grupos ainda distinguimos os Nucleosídeos Inibidores da Transcriptase Reversa (NITR's), dos quais se destacam fármacos como a zidovudina (AZT), didanosina (ddI), abacavir (ABC), entre outros; os Não-Nucleosídeos Inibidores da

Transcriptase (NNTRI), como a Nevirapina (NVP) e Efavirenz (EFV); e por último os Inibidores da Protéase (IP's), com fármacos como o Atazanavir (ATV) e Ritonavir (RTV), entre outros (De Clercq, 2010; De Clercq, 2001).

O terceiro grupo é composto pelos fármacos Inibidores da Integrase, como o Raltegravir e o Elvitegravir. O quarto, e último grupo refere-se aos fármacos inibidores da maturação, como o Bevirimat.

Atualmente existe uma vasta combinação farmacológica para o tratamento da infeção pelo VIH. O esquema terapêutico inicial tem sempre em conta fatores como a contagem de CD4, a carga viral e a presença de sintomas. No quadro 5 podemos ver as recomendações para o início da terapêutica antirretroviral de acordo com estes fatores.

Quadro 5

Recomendações Portuguesas para início da terapêutica antirretroviral.

Categoria clínica	Contagem T-CD4+	Carga Viral*	Recomendação
Sintomático (sinais clínicos maiores ou menores relacionados com a infeção VIH)	Qualquer valor	Indiferente	Tratar
Assintomático	< 200 / mm ³	Indiferente	Tratar
Assintomático	> 200 < 350/mm ³	Qualquer valor	Considerar tratamento**
Assintomático	> 350/mm ³	>30000 (bDNA] > 55.000 (PCR)	Tratar
Assintomático	> 350/mm ³	< 30000 (bDNA) < 55.000 (PCR)	Adiar o tratamento***

Nota: *quando disponível **tendo em vista o fraco risco de desenvolvimento de IO, aconselha-se não iniciar o tratamento e aumentar a periodicidade de avaliação clínica e laboratorial. Ao optar pelo início do tratamento, deve-se levar em conta a motivação do paciente. *** Acompanhar a evolução clínica e laboratorial a intervalos mais curtos, monitorando a taxa de declínio das células T-CD4+. (DGS, 2004).

A disponibilização generalizada da terapêutica antirretroviral (ART) resultou no aumento da esperança e da qualidade de vida dos doentes infetados pelo VIH. No entanto, as exigências e as alterações a que a toma destes fármacos obriga, originam muitas vezes falhas terapêuticas. Dentro das dificuldades mais sentidas, encontram-se os efeitos secundários da medicação, os problemas decorrentes da sua alta toxicidade que culmina muitas vezes na falência de órgãos tão importantes como o fígado ou os rins (Genberg, Lee, Rogers, & Wilson, 2014; Trotta, et al., 2002).

Os efeitos secundários mais comuns da terapêutica antirretroviral são os gastrointestinais, como desconforto abdominal, perda apetite, diarreia, náuseas e

vômitos e surgem geralmente no início da terapêutica. A toxicidade hepática, pancreática e renal é também um dos efeitos associados à toma destes medicamentos. Alguns fármacos (Efavirenze e o Abacavir) provocam alterações do Sistema Nervoso Central como tonturas, insónia, alterações do humor, confusão mental e ideação suicida nos primeiros dias e/ou semanas a seguir ao início do tratamento. Para além destes, efeitos como osteoporose, necrose avascular (principalmente da cabeça do fémur), acidose láctica e alterações hematológicas são também comuns e decorrentes da terapêutica ART (Schieferstein & Buhk, s/d).

Para além de todas estas complicações derivadas do tratamento farmacológico, fatores como o horário da toma da medicação e a quantidade de medicamentos que têm de tomar, surgem como obstáculos à adesão terapêutica dos doentes infetados pelo VIH. Neste sentido, trabalhar a adesão à terapêutica é um ponto de intervenção bastante pertinente na abordagem com pacientes infetados pelo VIH (Genberg, Lee, Rogers, & Wilson, 2014).

1.4.4. O Aconselhamento prévio e posterior à realização do teste de deteção

Ao conhecimento do diagnóstico da infeção por VIH está subjacente uma variedade de reações, que vão desde a surpresa à confirmação de uma suspeita. Contudo, a experiência de mudança individual é quase universal, e este momento configura-se com uma série de ramificações psicológicas significativas (Remien & Mellins, 2007).

As repercussões psicológicas associadas ao VIH/SIDA variam dependendo do estágio da infeção, do curso da doença, das características individuais da pessoa infetada, bem como de aspetos psicossociais (Guerra, 1998), afetando também familiares ou outros significativos na vida da pessoa (Remien & Mellins, 2007).

O avanço da terapêutica antirretroviral proporcionou o aumento da esperança de vida das pessoas infetadas, mudando deste modo a forma delas lidarem com a doença que passou de doença severa que leva à morte em pouco tempo, para uma doença crónica (Remien & Mellins, 2007; Froerer & Smock, 2009). Contudo, o impacto psicológico da doença não foi eliminado, pois estas pessoas continuam a ter que lidar com a incerteza da sua saúde no futuro e com o estigma, que se mantém como o desafio

psicológico mais difícil e que afeta várias áreas da vida da pessoa infetada e das pessoas afetadas pelo VIH (Froerer & Smock, 2009).

Os desafios psicológicos que surgem às pessoas que vivem com VIH são variados, e como diz Guerra (1998) “(...) *se cada ser humano tem a sua individualidade própria, é provável que se encontrem reações diversas (...)*” (p.33), ou seja o impacto do diagnóstico na vida de cada pessoa infetada varia de acordo com a pessoa, com a sua realidade e com a sua circunstância. Contudo, há temáticas que acabam por ser transversais a todas as pessoas infetadas e que se configuram como altamente desafiantes do seu bem estar. Um dos primeiros desafios diz respeito à revelação do diagnóstico. Apesar da perspetiva social acerca da doença ter mudado ao longo dos anos, o preconceito ainda está presente. Neste sentido, o medo da discriminação será um dos fatores que torna a decisão de a quem revelar um diagnóstico de seropositividade tão difícil. Se por um lado, sabemos que o suporte social e emocional é importante na adaptação à doença crónica, por outro temos as consequências que a discriminação pode acarretar para estas pessoas e para as suas famílias. Possivelmente, é por essa razão que o diagnóstico de seropositividade de um indivíduo se transforma, muitas vezes, num segredo de família, para que todos os seus membros estejam protegidos da discriminação, mas, ao mesmo tempo, menos acessíveis ao suporte social e comunitário (Bravo, Edwards, Rollnick, & Elwyn, 2010; Remien & Mellins, 2007). Esta temática da discriminação é tão importante que constitui um dos objetivos da Organização Mundial de Saúde para o novo biênio acabar com a discriminação associada ao VIH/SIDA.

A perceção das pessoas que recebem um diagnóstico de seropositividade para o VIH/SIDA, sobre a sua capacidade de lidar com o *stress* e com os julgamentos dos outros depois do diagnóstico constitui-se como um fator de risco de suicídio (Carrico, 2010; Schlebusch & Vawda, 2010). Vários estudos (Bravo, Edwards, Rollnick, & Elwyn, 2010; Parker & Aggleton, 2003) demonstram que uma grande parte das pessoas a viverem com VIH já experimentou algum tipo de discriminação por causa do seu estado serológico, e que esta discriminação resulta em menor qualidade de vida, num maior isolamento e conseqüentemente no risco aumentado de suicídio. Esta noção de autoeficácia também está intimamente ligada com a depressão e a ansiedade usualmente presentes nas pessoas a viverem com VIH e que podem estar relacionadas com a progressão da doença para fases mais avançadas e com a maior mortalidade (Jones et al., 2010).

Para além do que já foi referido, temáticas como a vivência com a incerteza, as alterações físicas e a gestão da dor durante a progressão da doença, as perdas (de amigos, familiares, companheiros, emprego, etc.), o estigma ou a discriminação, entre outros (Bor, Miller, & Goldman, 1992), são comuns surgir quando se conhece um diagnóstico de seropositividade para o VIH/SIDA e podem tornar-se relativamente incapacitantes de um saudável funcionamento. Estes factos reforçam a necessidade de aconselhamento e/ou apoio psicológico a todas as pessoas que se defrontam com o conhecimento de que são portadoras de uma doença com a dimensão do VIH/SIDA. Este apoio e/ou aconselhamento, para além de resignificar o projeto de vida destas pessoas, potencia uma maior adesão à terapêutica, e também se envolve de grande importância para a prevenção da infeção de outros ou reinfeção do próprio, na medida em que providencia educação sobre os riscos de transmissão e promove a mudança de comportamentos de risco (Deninson, O'Reilly, Schmid, Kennedy, & Sweat, 2008; Bor, Miller, & Goldman, 1992).

No entanto, o aconselhamento, não se restringe especificamente ao diagnóstico de seropositividade para o VIH/SIDA. O seu formato varia de acordo com o tempo em que se realiza, isto é, antes ou depois do teste, e no pós teste varia de acordo com o diagnóstico (positivo ou negativo).

Relativamente ao aconselhamento pré-teste, alguns estudos demonstraram (ONUSIDA, 1997) que o aconselhamento prévio à realização do teste é eficaz na tomada de decisão de realização do mesmo, aumentando, desta forma, a probabilidade de realização do teste do VIH/SIDA. Para além disso, o aconselhamento pré-teste prepara as pessoas para a realização do teste, explicando as suas implicações (resultado) e permite a discussão sobre estratégias e recursos para enfrentar o estado serológico. Por outro lado, envolve o esclarecimento sobre temas como a sexualidade, as relações, os comportamentos de risco e a prevenção da infeção, contribuindo para a desmistificação e correção de algumas informações sobre a doença (ONUSIDA, 1997).

Contudo, o aconselhamento constitui uma prática preventiva ampla que extrapola o campo da deteção do VIH/SIDA, constituindo-se como uma mais-valia para o aumento da qualidade das ações de educação para a saúde, e que deveria ser implementado em vários contextos e momentos, não se restringindo à realização do teste de deteção do VIH/SIDA. Este aconselhamento deveria constituir-se como um processo contínuo e de boas práticas nas atividades de todas as unidades de saúde.

1.5. Enquadramento político/jurídico do VIH/SIDA

O desenvolvimento deste ponto comporta a abordagem político-jurídica da luta contra o VIH/SIDA. Em primeiro lugar será apresentado o panorama mundial dos compromissos das nações para dar resposta à pandemia, seguidamente o foco dirige-se para o cenário Europeu e por fim para a realidade portuguesa no que a esta matéria diz respeito. É importante ressaltar que as publicações sobre esta temática, principalmente portuguesas, resumem-se aos planos nacionais e algumas diretrizes e normas publicadas. Ao contrário do que encontramos para as substâncias (lícitas e ilícitas) não existem muitas publicações de cariz mais reflexivo acerca da abordagem sociopolítica do combate ao VIH/SIDA em Portugal. Nesse sentido, poderemos encontrar alguma discrepância em termos de linguagem e de apresentação de conteúdos, entre este ponto e o ponto relativo ao enquadramento político/jurídico do consumo de substâncias (ponto 2.4 do I capítulo).

1.5.1. Enquadramento político/jurídico do VIH/SIDA no Mundo

“Na guerra contra o VIH/SIDA não há lados opostos, não há, de um lado, países desenvolvidos e, do outro, países em desenvolvimento, não há pobres nem ricos; há apenas um inimigo comum que não conhece fronteiras e ameaça todos os povos” (Kofi A. Annan, 2001, in Declaração de compromisso sobre o VIH/SIDA⁹, p.3).

Os últimos doze anos foram pautados por compromissos sem precedentes, no que respeita à resposta mundial para o VIH/SIDA. Em termos de abordagem multisectorial à epidemia, o ponto de viragem surge no ano 2000 com a Declaração do Milénio das Nações Unidas. Esta declaração, aprovada por 189 países, comprometia as nações a manterem uma nova parceria global para o desenvolvimento sustentável e para reduzir a pobreza extrema. Para isso, estabeleceram uma série de metas a serem alcançadas até 2015, conhecidas como os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). *“A adoção dos ODM foi um evento seminal na história das Nações Unidas. Constituiu uma promessa sem precedentes pelos líderes mundiais para tratar, como um pacote único, a paz, a segurança, o desenvolvimento, os direitos humanos e as*

⁹ Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS, 2001).

liberdades fundamentais” (Kofi Annan, 2005, p.3, in relatório do Desenvolvimento do Milénio¹⁰). A sexta meta dos ODM para 2015 estabeleceria a detenção e redução da propagação do VIH, e para 2010 o acesso universal ao tratamento de VIH para todos os necessitados (United Nations, 2005).

Como medida específica para alcançar o objetivo da ONU relativamente ao VIH/SIDA, surge a Declaração de compromisso em 2001, que resultou da sessão extraordinária da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA, onde a comunidade internacional definiu objetivos comuns para a redução da propagação da infeção. Reconhecendo que a SIDA constituía uma crise global que necessitava de respostas globais, definiram como prioridades: o aumento do conhecimento de todas as pessoas, em especial os jovens, sobre a prevenção do VIH/SIDA; eliminação da transmissão vertical; o acesso ao tratamento de todas as pessoas infetadas; esforços contínuos na procura da vacina ou da cura e a prestação de cuidados às pessoas afetadas pela SIDA, com particular ênfase nos órfãos. Para a concretização dos seus objetivos a declaração assentou em 103 compromissos relacionados com a liderança, a prevenção, os cuidados, apoio e tratamento, o VIH/SIDA e direitos humanos, as crianças órfãs e vulneráveis, o alívio do impacto social e económico, a investigação e desenvolvimento, o VIH/SIDA em regiões de conflito e em regiões afetadas por desastres, os recursos e o acompanhamento (UNGASS, 2001).

Nos anos que se seguiram, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA)¹¹ como organismo responsável por supervisionar a aplicação da Declaração de Compromisso, publicou uma série de documentos com dados de cada país relativos aos indicadores básicos de implementação dos objetivos definidos na Declaração e que serviu de base para a posterior declaração da ONU – Declaração política sobre o VIH/SIDA de 2006. Este novo documento, resultado da análise dos progressos alcançados na implementação dos objetivos definidos em 2001, dava conta de uma série de dificuldades e disparidades que existiam na aplicação, nos diferentes países e regiões, da resposta prevista na declaração de compromisso para a luta contra o VIH/SIDA. Como resultado desta análise, após 5 anos de compromissos, a Declaração política sobre o VIH/SIDA das Nações Unidas, estabeleceu uma série de conclusões e recomendações que passamos a descrever sucintamente (United Nations, 2006).

¹⁰ The Millennium Development Goals Report (United Nations, 2005)

¹¹ Em inglês *UNAIDS, the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*.

1. Conclusões:

- a. Na maioria dos países que forneceram dados (cerca de 120), existia em 2006 uma base sólida sobre a qual se poderia construir uma resposta eficaz contra o VIH/SIDA, nomeadamente através das estratégias nacionais implementadas ou pelas coordenações nacionais de luta contra o VIH/SIDA existentes em cada país.
- b. Os recursos financeiros destinados à luta contra o VIH/SIDA tinham aumentado significativamente, mas mais recursos eram necessários para apoiar uma resposta capaz de derrotar a epidemia.
- c. O acesso ao tratamento tinha aumentado significativamente, embora não tenham sido alcançadas as metas globais.
- d. Alguns países tinham aumentado consideravelmente o acesso a programas de prevenção do VIH/SIDA (informação, aconselhamento, rastreio do VIH e prevenção materno-infantil).
- e. Apesar dos avanços na prestação de um maior acesso a programas de prevenção e tratamento para o VIH, a epidemia continuava a agravar-se, especialmente entre as mulheres e os jovens.
- f. Os programas de prevenção do VIH não estavam a chegar às populações de maior risco (trabalhadoras(es) do sexo, homossexuais e consumidores de drogas injetáveis). Embora os dados indicassem que a cobertura dos programas de prevenção era maior entre os trabalhadores do sexo do que entre os homens homossexuais ou consumidores de drogas injetáveis, seria essencial fazer maiores esforços para alcançar as taxas de cobertura adequada dos três grupos;
- g. Os esforços de prevenção do VIH (informação, mudança de comportamento sexual como por exemplo, início das relações depois dos 15 anos e uso do preservativo) eram notavelmente baixos entre os jovens que eram vítimas de metade das novas infeções, mas não havia evidência de mudança positiva de comportamento.
- h. O estigma e a discriminação em torno do VIH eram os principais impedimentos para a eficácia dos programas de apoio, prevenção e tratamento.
- i. A luta contra a SIDA não estava suficientemente fundamentada na promoção, proteção e realização dos direitos humanos.

- j. Os governos nacionais, parceiros internacionais e as comunidades não estavam a prestar cuidados e apoio aos 15 milhões de crianças órfãs devido à SIDA e milhões de crianças que a epidemia tinha deixado numa posição vulnerável.

Destas conclusões decorreram várias recomendações:

I. Aos Governos:

- A nível nacional, os governos tinham de tomar a iniciativa e assumir mais responsabilidade na luta contra a SIDA, destinando mais recursos, promovendo a participação de todos os setores da sociedade e trabalhando arduamente para informar as pessoas sobre o VIH e aliviar o estigma.

- A nível internacional: as recomendações centraram-se na continuidade do financiamento dos patrocinadores da luta contra a SIDA, reforçando a necessidade de se respeitar os princípios dos "Três Uns"¹².

II. À Sociedade Civil: centra as recomendações nas questões da igualdade de participação dos seropositivos no desenvolvimento, aplicação e controlo da resposta nacional à infeção.

III. Às Nações Unidas: recomenda a continuação do apoio aos países na aplicação de uma resposta eficaz. Reforça a responsabilidade das Nações Unidas na sua atuação e consequente mediação com os países e patrocinadores no cumprimento das promessas e compromissos.

As conclusões deste relatório refletiram as limitações do processo de implementação dos programas de luta contra o VIH/SIDA, principalmente relativos às populações mais vulneráveis e aos direitos humanos, sobressaindo o estigma como um dos grandes obstáculos a ser ultrapassado. Apesar da necessidade de reforçar a cooperação e adesão dos governos na implementação da estratégia de combate à epidemia constar nas recomendações deste documento, ele foi alvo de severas críticas por parte alguns grupos da sociedade civil que afirmaram que este espelhava a falta de

¹² Inicialmente apresentado pela ONUSIDA na Conferência Internacional sobre SIDA e DST's em África (ICASA), em 2003, os princípios dos "Três Uns" foram confirmados em Washington em 2004. Os princípios dos "Três Uns" pretendem mobilizar a liderança nacional e de propriedade, para promover a coordenação dos esforços a nível nacional, de forma inclusiva e transparente, para alcançar o uso mais eficaz e eficiente dos recursos relacionados com o VIH/SIDA (ou seja, evitar a duplicação e fragmentação de recursos) através de um processo acelerado de coordenação nacional para alcançar resultados mensuráveis (ONUSIDA, 2004). Deste modo, estes princípios são definidos por: Um Plano de Ação para o VIH/sida; Uma Autoridade Nacional de Coordenação para o VIH/sida e Um Sistema Nacional de Monitorização e Avaliação.

liderança política na luta contra o VIH/SIDA e a persistência de preconceitos (Grupo Português de Ativistas sobre Tratamentos do VIH/SIDA [GAT], 2006).

“ Os hiatos de esperança de vida estão entre as mais fundamentais de todas as desigualdades. Hoje, uma pessoa que viva na Zâmbia tem menos possibilidades de chegar aos 30 anos do que uma pessoa nascida em Inglaterra, em 1840 – e o hiato está a alargar-se. O VIH/SIDA está no cerne do problema.” (Kevin Watkins, 2005, p.17, como citado em Relatório do Desenvolvimento Humano de 2005¹³)

Os obstáculos percebidos em termos dos direitos humanos, da igualdade e da equidade no acesso aos recursos, aumentaram a consciência de que a luta contra o VIH/SIDA também depende do compromisso das nações em implementar leis que protejam as pessoas infetadas. Nesse sentido, foi criada em 2010 a Comissão Mundial para o VIH e o Direito. Baseada no Quadro de Resultados da UNAIDS para 2009-2011 a sua finalidade era a de elaborar recomendações legais, de forma a colaborarem com o planeamento de intervenções mais eficazes contra o VIH/SIDA e que fomentem e protejam os direitos humanos das pessoas infetadas e das pessoas vulneráveis (Comissão Global para o VIH e o Direito, 2012).

A Comissão defendia que a eficácia e a eficiência das respostas ao VIH necessitavam de um contexto jurídico baseado em dados concretos e nos direitos humanos. Deste modo elaborou um relatório de onde se destacam algumas das suas conclusões relativas a esta matéria.

Algumas das conclusões da Comissão são de seguida apresentadas.

Apesar de 123 países possuírem legislação que proíbe a discriminação baseada no VIH e de 112 protegerem por lei certas populações com base na sua vulnerabilidade à infeção, essas leis são, frequentemente, ignoradas, negligentemente aplicadas ou gravemente desrespeitadas.

Em mais de 60 países a exposição ao VIH ou a sua transmissão é punida criminalmente (Portugal é um destes países). Segundo a Comissão, este tipo de leis para além de não surtirem efeito em termos de práticas sexuais mais seguras, desencorajam

¹³ United Nations Development Programme (2005).

as pessoas a fazerem testes ou a receberem tratamento, com medo de serem processadas pela transmissão do VIH.

A terceira conclusão diz respeito ao sexo feminino, que corresponde a metade dos seropositivos do mundo. Muitos países ainda têm leis e costumes que fomentam a desigualdade entre os géneros (como por exemplo a mutilação genital), comprometendo, deste modo, a capacidade das mulheres e raparigas de se protegerem do VIH e de lidarem com as suas consequências.

A Comissão também reforça o valor preventivo da educação sexual e do acesso dos jovens aos serviços de saúde reprodutiva e de tratamento para o VIH, afirmando que estas medidas são eficazes na diminuição da prevalência do VIH e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST's). Contudo, também assumem que a implementação destas medidas, mesmo nos países desenvolvidos é rara e que a negação das realidades das vidas dos jovens é refletida nas pesadas consequências físicas, emocionais e sociais do VIH sentidas por estes.

A quinta conclusão reflete a preocupação com os direitos humanos e a forma desumana de muitos países, através das suas leis (formais ou informais), lidarem com as populações em maior risco de contágio pelo VIH (os trabalhadores do sexo, os transexuais, os homens que têm relações sexuais com outros homens (HSH), os consumidores de drogas, os prisioneiros e os migrantes). Em vez de lhes oferecerem proteção, as leis aumentam a vulnerabilidade ao VIH destas “populações-chave”.

Para além do que já foi referido, a Comissão apresenta como preocupação o acesso aos medicamentos para o tratamento do VIH, referindo que a expansão do direito comercial internacional e o âmbito excessivo das proteções da propriedade intelectual (PI) impedem a produção e distribuição de medicamentos genéricos a preços acessíveis, situação particularmente preocupante nos países de baixo e médio rendimento.

A redução de risco não ficou esquecida nas conclusões da comissão que reforçaram a importância de programas como o da troca de seringas, na redução das taxas de prevalência do VIH entre os consumidores de drogas.

Como conclusão final, a Comissão sustenta que o acesso a um apoio jurídico eficaz poderá fomentar a justiça e a igualdade que se traduzirão em melhores resultados em termos de saúde para as pessoas infetadas pelo VIH/SIDA.

Com o envolvimento e comprometimento das nações em levar a cabo as ações necessárias para se atingirem os objetivos definidos na Declaração de Compromisso, muitos avanços ocorreram em matéria de VIH/SIDA. Atualmente, em muitos países a disseminação foi retida e revertida, fazendo com que a taxa global de novas infeções tenha diminuído 20% entre 2001 e 2011. O acesso ao tratamento foi ampliado de modo a alcançar mais de 6 milhões de pessoas – 13 vezes mais do que em 2004, o que tem resultado em reduções significativas na mortalidade e morbidade relacionadas com a SIDA (UNAIDS, 2011). No entanto, apesar destes avanços os desafios face à epidemia mantêm-se na medida em que as pessoas continuam a ser infetadas pelo VIH, a morrer devido à SIDA, e que apenas um terço (15 milhões) das pessoas que vivem com o VIH e que precisam têm acesso ao tratamento, acrescentando que o volume de recursos para o tratamento abrandou a sua tendência crescente desde 2009 (UNAIDS, 2011).

Como os ODM postulam, as várias áreas de ação deveriam ser tratadas como um todo, embora seja evidente o progresso rumo ao alcance do Objetivo de Desenvolvimento do Milénio nº. 6 – Combater o VIH/SIDA, a malária e outras doenças, o progresso em atingir os demais Objetivos de Desenvolvimento do Milénio diretamente relacionados com a saúde (nº. 4 – Reduzir a mortalidade infantil, e nº. 5 – Melhorar a saúde materna) tem sido muito mais lento. No entanto, apesar da comunidade internacional se ter debruçado nos últimos anos sobre estes dois objetivos, as alterações mundiais provocadas pela crise financeira promoveram a mudança política e económica desafiando, desde modo, as estratégias implementadas até então para o cumprimento dos ODM.

“Neste momento decisivo da resposta global, temos de enfrentar com coragem os desafios levantados por uma nova conjuntura e abraçar com compromisso as oportunidades de rompimento da trajetória da epidemia. Norteada por uma nova visão, esta Estratégia apresenta uma agenda de transformação para a resposta global ao VIH.”
(Michel Sidibe, como citado em UNAIDS, 2010, p.5)

Por nos encontramos num ponto de viragem em termos políticos, económicos e sociais a ONUSIDA definiu a sua estratégia para o quinquénio 2011-2015 intitulada de “Chegar a Zero” (*Getting to Zero*). Esta visão otimista da ONUSIDA está sustentada nos avanços já alcançados e nas metas a atingir no combate à epidemia e pretende chegar a zero novas infeções, zero mortes relacionadas com a SIDA e zero

discriminações. Para isso, são definidas três diretrizes estratégicas: revolucionar a prevenção do VIH em termos de políticas, legislação e práticas; catalisar a próxima fase de tratamento, cuidado e suporte; e avançar com os direitos humanos e a igualdade de género na resposta ao VIH. A nova estratégia da ONUSIDA pretende estar adaptada às grandes mudanças que se têm verificado nos últimos anos, não só devido à crise financeira, mas também no envolvimento das pessoas, comunidades e países na resposta ao VIH/SIDA.

1.4.2. Enquadramento político/jurídico do VIH/SIDA na Europa

A dimensão da epidemia do VIH/SIDA assume contornos particulares de acordo com a geografia mundial, demonstrando ter um impacto desproporcionado nas diferentes regiões do mundo (Schüklenk & Philpott, 2011). Apesar da prevalência do VIH/SIDA na Europa ser globalmente inferior a 0,1%, a variabilidade entre as suas regiões é muito significativa.

Deste modo, O VIH/SIDA continua a ser uma das principais preocupações em termos de saúde pública da União Europeia (UE), levando a que em Setembro de 2011, 53 estados membros europeus do comité da OMS para a Europa aprovassem o Plano Europeu de Ação para o VIH/SIDA para o período de 2012 a 2015¹⁴. Este plano, sustentado na estratégia da ONUSIDA – “Chegar a Zero”, apresenta como princípios orientadores a equidade em saúde, a participação da comunidade, os direitos humanos, a base em evidências políticas e a ética das abordagens de saúde pública, estando estruturado em quatro direções estratégicas: otimizar a prevenção do VIH, os resultados do tratamento, diagnóstico e cuidados; alavancar resultados mais amplos de saúde através de respostas ao VIH; construir sistemas fortes e sustentáveis e reduzir a vulnerabilidade e eliminar barreiras estruturais ao acesso aos serviços (WHO Regional Office for Europe, 2011). No sentido de atingir os objetivos propostos - “Chegar a Zero”, o plano define como metas para a Região Europeia: deter e começar a reverter a propagação do VIH na Europa até 2015; alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento, cuidados e apoio do VIH em 2015, e contribuir para a realização do ODM número seis e outros relacionados com a saúde (ODM n.º 3, 4, 5 e 8) e, especialmente

¹⁴ *European Action Plan for HIV/AIDS 2012-2015*

deter e começar a reverter a incidência da tuberculose na Europa. Tendo em conta a realidade da epidemia na Europa estão definidas como alvos de ação a população da Europa de Leste devido à crescente incidência de casos; as populações-chave específicas com maior risco de exposição e infeção ao VIH/SIDA (pessoas que usam drogas injetáveis e os seus parceiros sexuais, homens que fazem sexo com homens, pessoas transgénero, profissionais do sexo, prisioneiros e migrantes) que devido à sua marginalização social ou comportamento ilegal encontram muitas barreiras no acesso aos serviços tanto de prevenção como de tratamento; o controle e resultados de saúde provocados pelo VIH/SIDA como a hepatite B e a tuberculose, especialmente em populações consumidoras de drogas; e a necessidade de deteção precoce, enfatizando que os casos continuam a ser tardiamente diagnosticados, aumentando, deste modo, os custos com o tratamento, referindo ainda que num futuro próximo, a infeção pelo VIH/SIDA pode tornar-se uma das doenças crónicas mais caras da Europa (WHO Regional Office for Europe, 2011).

1.5.3. Enquadramento político/jurídico do VIH/SIDA em Portugal

Foi em setembro de 1985 que Portugal, através da Secretaria-Geral do Ministério da Saúde, faz o primeiro comunicado relativo à SIDA (Circular normativa n.º 35/85¹⁵), constituindo no mês seguinte um Grupo de Trabalho para o estudo da SIDA com a tarefa, entre outras, de estabelecer um Programa de Vigilância Epidemiológica da situação de Portugal relativamente ao VIH/SIDA (Aviso, Secretaria-geral do Ministério da Saúde, DR n.º 241, II Série, 19 de Outubro de 1985).

O primeiro relatório deste grupo de trabalho foi publicado em abril de 1986 e para além de descrever os objetivos do programa de vigilância epidemiológica, dava conta de uma série de limitações sentidas para a sua execução, nomeadamente a falta de um protocolo de notificação que possibilitasse a deteção e referenciação de casos em fases mais precoces da doença. Nesta altura, a vigilância epidemiológica era efetuada com base nas notificações voluntárias, ou melhor, com base na voluntariedade dos médicos que faziam o diagnóstico e que muitas vezes só notificavam ao Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge [INSA] alguns anos depois. Possivelmente, foi

¹⁵ Todos os despachos, circulares e disposições normativas contidas neste ponto sobre o enquadramento político/jurídico do VIH/SIDA em Portugal, encontram-se sumarizadas na *timeline* que consta do anexo I.

esta discrepância entre diagnóstico e notificação que motivou os comentários positivistas do segundo relatório do grupo de trabalho sobre a SIDA relativo à situação da infeção em Portugal em 31 de Dezembro de 1986, que relativamente aos dados apresentados, mais especificamente em resposta à questão sobre se os resultados espelhavam a realidade portuguesa (os casos notificados em 1986 foram apenas 26) referem o seguinte:

“A reduzida dimensão do País e da sua rede hospitalar, o bom relacionamento existente entre o Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis e os Diretores dos Serviços hospitalares em que os doentes são internados, e o nosso sentimento, fruto de contactos frequentes, do interesse que todos põem no conhecimento global da situação real existente em Portugal, permitem-nos supor, que os elementos apresentados são uma imagem objectiva da SIDA em Portugal.” (Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, 1988, p.5).

Para além de afirmarem que as notificações em 1986 correspondiam à realidade da epidemia em Portugal, também asseguraram que tendo em conta a baixa taxa de incidência, a situação relativa ao VIH/SIDA não era preocupante no nosso país, ressaltando a extinção e o controle rigoroso de alguns fatores de risco que garantiam a eliminação da transmissão a hemofílicos e transplantados ou por transfusão sanguínea.

Curiosamente, foi entre 1985 e 1987 que ocorreu o caso do “Lote 810536” do fator VIII, um derivado do plasma humano usado no tratamento dos hemofílicos. Este lote viria a ser apresentado como responsável pela contaminação de 136 hemofílicos com o VIH/SIDA e que precipitou um processo crime dirigido à, na época, ministra da saúde Dra. Leonor Beleza.

Apesar de, até aos anos 90, as disposições normativas relativas ao VIH/SIDA estarem essencialmente direccionadas para a prevenção da transmissão nosocomial, ou derivada de atos médicos, patentes nos despachos Despacho 11/86, Ministério da Saúde, in DR n.º 102, II Série, de 5 de Maio de 1986, Despacho 12/86, Ministério da Saúde, in DR n.º 102, II Série, de 5 de Maio de 1986 e Decreto-Lei n.º 319/86, de 25 de Setembro, que determinavam medidas de profilaxia da SIDA nos centros de hemodiálise, de histocompatibilidade e de transplantação, medidas estas em ordem a proteger os doentes a quem deveria ser administrado o sangue humano, seus componentes ou frações, da possibilidade da transmissão da SIDA e estabelecia normas relativas à disciplina e atividade dos “bancos de esperma” respetivamente, o caso do “lote 810536” foi a prova

da posição despreocupada e da convicção irrealista de que a transmissão por sangue ou seus derivados, como estava legislada, estaria controlada.

Para além disso, este caso tão mediático espelhou algumas das dificuldades que a vigilância epidemiológica viria a encontrar nos anos seguintes com o número de casos diagnosticados a subir drasticamente, promovendo o alargamento do foco das preocupações com a transmissão para as vias de propagação que mais pessoas infetaram e infetam em Portugal.

Foi apenas a partir da década de 90 que os relatórios emitidos pelo grupo de trabalho para o estudo da SIDA começaram a enfatizar a transmissão sexual e pela via endovenosa, mencionando a importância de programas de promoção do uso do preservativo e medidas que possibilitassem o acesso dos toxicodependentes a seringas esterilizadas, como estratégias de prevenção da infeção pelo VIH/SIDA em Portugal (Ayres, 1991, como citado em Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis, 1991).

A evolução da epidemia em Portugal determinou que, em 3 de Abril de 1990, o Ministério da Saúde reformulasse o Grupo de Trabalho para o estudo da SIDA e criasse uma nova estrutura, a Comissão Nacional de Luta contra a SIDA [CNLCS] (Despacho 5/90, in DR n.º 78, II Série, 3 de Abril de 1990) atribuindo-lhe competências para a implementação de ações de luta contra a SIDA nas suas múltiplas vertentes (preventiva, educativa, assistencial, de investigação, de aconselhamento e de acompanhamento). A constituição da CNLCS parece ter sido um ponto de viragem no empenho de Portugal na luta contra o VIH/SIDA e na sua consciencialização da necessidade de intervenção em vários domínios (vigilância, prevenção, tratamento, apoio social, etc.).

Nos anos que se seguiram à criação da CNLS, foram publicados uma série de despachos normativos que contemplavam as várias vertentes da luta contra a SIDA, desde os apoios sociais e comunitários (Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de Abril; Despacho Conjunto, Secretários de Estado da Saúde e da Segurança Social, 5 de Maio de 1995, DR n.º 104, II Série; Portaria n.º 21/95, de 14 de Janeiro, DR n.º 12, II Série) à investigação (Edital, Ministério da Saúde, DR n.º 17, II Série, 20 de Janeiro de 1995), ao tratamento (Despacho 8/93, Ministro da Saúde, DR n.º 70, II Série, 24 de Março de 1993; Despacho 280/96, Ministra da Saúde, In DR n.º 237, II Série, 12 de Outubro de 1996), aos aspetos jurídicos, dos quais se destaca a aprovação do artigo 283º do código penal (Decreto-Lei no 48/95, de 15 de Março) que tipifica como crime, punido com

pena de prisão (1 a 8 anos), a propagação de doença contagiosa. Contudo, as dificuldades no combate à epidemia ainda eram manifestas, as diretrizes governamentais cingiam-se a despachos e decretos-lei e à criação de comissões de especialistas (Comissão Nacional de Vigilância Epidemiológica, Comissão de Peritos de Luta contra as Doenças Transmissíveis e Comissão de Nacional de Controlo da Infecção) que tentavam, cada uma delas, dar resposta aos problemas por si detetados ou da sua área de competência, mas que refletiam a falta de linhas orientadoras de uma estratégia nacional de combate ao VIH/SIDA.

Foi só no início do novo milénio e tendo em vista a redefinição da missão da CNLCS (Resolução n.º 173/2000), que esta concebeu o Plano Estratégico de Luta contra a Infecção pelo VIH/SIDA, para o triénio 2001 – 2003. O Plano incluía como prioridades de atuação a caracterização da vigilância epidemiológica e de comportamentos no país, a dinamização do apoio extra-hospitalar aos indivíduos seropositivos e enfatizava a prevenção e a educação para uma sexualidade saudável. Como estratégia para aumentar o conhecimento sobre o número de pessoas infetadas, a CNLCS assumindo que as três únicas estruturas de rastreio do VIH/SIDA existentes em Portugal (centro de rastreio anónimo da Lapa, criado em janeiro 1998, o centro de testes da Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso, criado em setembro de 1998 e o centro de rastreio anónimo de Faro, criado em 2000) não eram suficientes para fazer a cobertura nacional, propôs a criação de uma rede dos Centros de Aconselhamento e Detecção precoce do VIH [CAD]. Em 2001, o Ministério da Saúde emite um Despacho que aprova o protocolo entre a CNLCS e as sub-regiões de saúde, dando-se início à implementação da rede de CAD (um por distrito). Os Centros de Aconselhamento e deteção precoce do VIH tinham como objetivo proporcionar a realização dos testes de forma voluntária, anónima, confidencial e gratuita, com aconselhamento pré e pós teste (Bettencourt, 2011). É de ressaltar que número de CAD aumentou para 20 até 2006. A partir de 2008 para além da diminuição de número de CAD abertos o número de testes realizados também foi diminuindo, contudo a proporção de testes reativos (positivos) manteve-se relativamente constante ao longo dos anos (média entre 2000 e 2012 de 1.5%), assim como a proporção de novos casos identificados pelos CAD, com uma média de 13% do total de casos diagnosticados entre 2007 e 2010 (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013).

O Plano Estratégico de Luta contra a Infecção pelo VIH/SIDA, orientou a ação da CNLCS até 2003, ano em que as comissões mencionadas anteriormente foram extintas e a CNLCS foi reestruturada em unidade de Missão (Resolução do Conselho de Ministros n.º 121/2003) de forma a melhor conduzir a coordenação e acompanhamento da luta contra a SIDA em Portugal.

No ano que se seguiu, o Ministério da Saúde publica o Plano Nacional de Saúde [PNS] (2004-2010) que estabelecia três objetivos estratégicos: obter ganhos em saúde, centrar a mudança no cidadão e garantir os mecanismos adequados à sua execução. Este, que foi o primeiro Plano Nacional de Saúde alguma vez publicado em Portugal, englobava a infecção pelo VIH/SIDA na sua estratégia “Mais Saúde para Todos”, apontando alguns défices que se faziam sentir na luta contra esta epidemia, como a rápida mudança no padrão epidemiológico e um inconsistente sistema de vigilância, a pouca integração da abordagem da época (sob a égide da CNLCS) com outros programas e atividades do Ministério da Saúde, bem como com outros ministérios, sector privado, ONG e pessoas infectadas com VIH e a atenção inadequada às necessidades de saúde de grupos específicos. Nesse sentido, o PNS 2004-2010 estabelecia como orientações estratégicas e de intervenção necessária: a promoção da definição de princípios orientadores da ação (tendo sempre em conta o respeito pela privacidade e confidencialidade dos cidadãos); o reconhecimento da importância estratégica de um envolvimento alargado de todos os sectores da sociedade; o fortalecimento de um modelo mais integrado de intervenção (principalmente para o trinómio infecção por VIH/uso de drogas injetadas/Tuberculose) e a promoção de intervenções prioritárias em grupos populacionais específicos (os jovens, os toxicodependentes, os sem-abrigo, os homossexuais, as minorias étnicas, os imigrantes legais e ilegais, as pessoas que se prostituem e as populações móveis).

Em 2005, no âmbito da melhor execução do Plano Nacional de Saúde 2004-2010, e com os objetivos de uma melhor coordenação e articulação com as instituições, agentes e sectores envolvidos cujas ações são determinantes para o alcançar de melhores resultados em saúde, a CNLCS foi extinta e as suas competências integradas no Alto Comissariado da Saúde (Decreto Regulamentar n.º 7/2005 de 10 de Agosto), que criou a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA.

Neste plano, foi reconhecido em termos governamentais que, apesar de todos os esforços e devido a variadas razões, o número de casos reais de infeções sexualmente

transmissíveis era desconhecido. Este facto reacendeu a discussão sobre a necessidade do VIH/SIDA ser uma doença de notificação obrigatória, considerando-se que a não notificação constituía um obstáculo à prevenção (Nogueira & Remoaldo, 2010)

Possivelmente, esta discussão proporcionou que o ano de 2005 fosse relativamente importante para o combate à epidemia do VIH/SIDA em Portugal, pois foi o ano em que a vigilância epidemiológica conseguiu dar mais um passo rumo ao aumento da sua eficácia, devido ao fato do VIH/SIDA ter sido integrado na lista das doenças de notificação obrigatória (Portaria n.º 103/2005 revogada pela Portaria 258/2005, de 16 de Março, DR n.º 53, Série I-B).

À Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, que tinha sido recentemente criada, foi atribuída a responsabilidade de coordenação das atividades de prevenção da infeção no País. Deste modo, elaborou o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/SIDA 2007-2010 (PNPCIVIH). Globalmente, o Programa procurava dar corpo às propostas do Plano Nacional de Saúde, integrando-se numa estratégia nacional mais geral de prevenção das doenças transmissíveis, e tendo como quadro de referência as orientações da Declaração do Milénio, da Declaração de Compromisso sobre VIH/sida (UNGASS, 2001), da Declaração de Dublin e da Declaração de Vilnius.

Como metas para atingir até 2010 o PNPICIVIH propunha:

- a. Reduzir em Portugal o número de novas infeções por VIH, e diminuir pelo menos em 25% o número de novos casos e de mortes por SIDA;
- b. Contribuir internacionalmente para a redução da transmissão do VIH e melhorar os cuidados e o apoio aos doentes com infeção por VIH ou com SIDA, através da ajuda pública ao desenvolvimento.

De forma a assegurar as metas propostas para 2010, o programa estabelece 11 objetivos, que passamos sucintamente a descrever:

Objetivo geral 1 - Assegurar indicadores epidemiológicos válidos, de primeira e segunda geração, que proporcionem aos diferentes níveis do sistema de saúde dados pertinentes ao planeamento institucional e comunitário.

Objetivo geral 2 - Aumentar a proporção de indivíduos que adotam comportamentos preventivos face à infeção por VIH.

Enquadrado no objetivo dois, ressaltamos o objetivo específico 2.3 relativo aos toxicod dependentes que refere a necessidade de acesso generalizado dos utilizadores de drogas a programas de tratamento da dependência, a programas de redução de riscos e minimização de danos.

Objetivo geral 3 - Assegurar o acesso universal ao conhecimento do estado serológico, reduzindo as barreiras à realização do teste voluntário e à efetivação de uma referenciação adequada.

Para a concretização deste objetivo, o programa define um objetivo mais específico que pretendia tornar disponível a realização do teste voluntário na rotina dos serviços públicos e privados de saúde. Para isso, estabelece algumas estratégias para a sua concretização, como a promoção da realização do teste VIH com opção de recusa pelo utente (*opt-out screening*), expansão da utilização do teste rápido nos serviços de saúde e a promoção da implementação de projetos-piloto de deteção precoce da doença junto de instituições. A operacionalização desta última estratégia, estava sustentada, em parte, pelo projeto piloto intitulado de “Programa *Klotho*”.

Seguindo as orientações da OMS e da UNAIDS (2007), que pretendiam resolver o problema da infeção não diagnosticada, e que sugeriam que os prestadores de cuidados de saúde adotassem uma atitude mais pró-ativa no que respeitava à recomendação de análises e ao aconselhamento em matéria de VIH (World Health Organization, 2007), sobretudo nos centros direcionados para as populações em maior risco, como os consumidores de droga injetada, em 2006, a Coordenação Nacional para a infeção VIH/SIDA e o IDT, I.P., assinam um protocolo de cooperação a que chamaram de Programa *Klotho*. Este programa pretendia assegurar a identificação precoce da infeção VIH/SIDA e a prevenção entre utilizadores de drogas. Neste protocolo o IDT, I.P. assumia a mobilização de todas as suas unidades especializadas (as equipas de tratamento) e das Unidades Privadas de tratamento com protocolo com o IDT, I.P., para implementarem, no âmbito da redução de riscos e minimização de danos, o programa *Klotho* (Instituto da Droga e da Toxicod dependência, I. P. , 2008). O processo de implementação do Programa, foi gradual e progressivo, tendo em conta a especificidade da intervenção (equipas de tratamento ou equipas de rua) para que o modelo subjacente à prática de ADR- Aconselhamento, Diagnóstico e Referenciação - fosse integrado como rotina em todas as estruturas envolvidas. O programa *Klotho* teve a duração de dois anos e os resultados da sua implementação foram bastante animadores

no que diz respeito à deteção da infeção VIH/SIDA nos consumidores de drogas ilícitas. No entanto, em 2009 o programa no seu formato original terminou, dando lugar ao método ADR que seria mantido como uma boa prática na intervenção com a população consumidora de substâncias ilícitas. É de ressaltar que apesar de, em 2008, os Centros Regionais de Alcoologia terem sido integrados no IDT,I.P., nem o programa *Klotho*, nem o método ADR foram instituídos como boas práticas nestas novas estruturas.

Prosseguindo com os objetivos do PNPCIVIH 2007-2010, descrevemos sucintamente os restantes:

Objetivo geral 4 - Assegurar o acesso ao melhor tratamento disponível, de acordo com o estado da arte, a todas as pessoas infetadas por VIH.

Objetivo geral 5 - Garantir a continuidade e qualidade dos cuidados de saúde e apoio social às pessoas com infeção por VIH.

Objetivo geral 6 - Combater as situações de discriminação em relação às pessoas infetadas ou afetadas pela infeção por VIH.

Objetivo geral 7 - Assegurar o efetivo compromisso intra e inter ministerial, sector privado e sociedade civil conducente à criação de sinergias e multiplicação das ações de prevenção e controlo da epidemia.

Objetivo geral 8 - Assegurar competências aos profissionais intervenientes no processo de prevenção, diagnóstico, tratamento, cuidados e suporte às pessoas que vivem com a infeção VIH/SIDA.

Objetivo geral 9 - Incentivar investigação de qualidade em infeção por VIH/SIDA, em Portugal.

Objetivo geral 10 - Contribuir para o esforço global de redução da transmissão do VIH/SIDA e garantir o acesso à prevenção, tratamento, cuidados e apoio das pessoas infetadas e afetadas.

Objetivo geral 11 - Assegurar a monitorização e avaliação do Programa. Este último, por sua vez, constitui mais um passo no aumento da qualidade das estratégias de combate ao VIH/SIDA em Portugal, pois desde o início da pandemia no nosso país, que se desenvolveram ações programáticas que se tentavam adaptar à realidade regional. Contudo, durante os quase 25 anos de luta contra o VIH/SIDA em Portugal, nunca tinha

havido qualquer avaliação formal da experiência portuguesa, no sentido de averiguar a adequabilidade e sustentabilidade de tais medidas.

O final deste programa nacional de controlo da infeção VIH/SIDA foi em 2010, altura em que se vivia (e vive) em Portugal uma enorme crise económica, financeira, política e social que precipitou muitos cortes e profundas mudanças em todos os sectores do estado e o sistema de saúde não fugiu à regra. Apesar disso, a luta contra o VIH/SIDA continuou a ser uma prioridade do Governo, impondo à Comissão de Saúde a apresentação do Projeto de Resolução n.º 133/XII/ à Assembleia da República que recomendava ao Governo a adoção de medidas tendentes ao combate à infeção por VIH/SIDA em Portugal, com vista à sua erradicação. Uma das medidas propostas por esta Resolução era a urgente aprovação do novo Plano Nacional para a Infeção VIH/SIDA.

O novo plano só viria a ser aprovado em 2012 alargando, deste modo, o quinquénio de intervenção de 2011-2015 para 2012-2016. As verdadeiras razões deste atraso não estão expressas em nenhum documento oficial, mas tendo em conta o que foi dito numa das discussões públicas do plano inicial (2011-2015) a que assistimos, o consenso relativamente, por exemplo, à realização do teste de rastreio como uma prática de rotina, a par de outras análises já realizadas no sistema nacional de saúde como a dislipidemia, não era evidente por parte dos técnicos de saúde presentes, que se debatiam com questões como o consentimento informado necessário para a realização do teste e com todos os constrangimento advindos dessa condição.

O Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção por VIH/SIDA 2012-2016, que está atualmente em vigor, assume uma visão coincidente com a da ONUSIDA que prevê zero novas infeções, zero mortes relacionadas com a SIDA e zero casos de discriminação e propõe, até ao final de 2016, seis metas a atingir:

- a. Reduzir o número de novas infeções por VIH em 25%;
- b. Diminuir de 65% para 35% os diagnósticos tardios de infeção pelo VIH;
- c. Diminuir em 50% o número de novos casos de SIDA;
- d. Diminuir em 50% o número de mortes por SIDA;
- e. Aumentar para 95% a proporção dos indivíduos que dizem usar preservativo em relações sexuais ocasionais;
- f. Eliminar a transmissão da infeção por VIH da mãe para o filho.

Para a concretização das metas, identifica como áreas prioritárias a prevenção da Infecção pelo VIH, as populações vulneráveis, o diagnóstico da infeção, o tratamento das pessoas que vivem com a infeção, o estigma e a discriminação, a investigação e a cooperação e relações internacionais.

Neste ponto sobre políticas e legislação sobre o VIH/SIDA, tentamos focar alguns dos marcos históricos e documentos orientadores da luta contra a epidemia do século XX e XXI. Relativamente a Portugal, importa ressaltar os enormes avanços que têm ocorrido relativamente a esta matéria, verificando-se um envolvimento e cooperação governamental e interinstitucional mais amplo e consistente, bem como os ganhos alcançados tanto ao nível da prevenção, como do tratamento, ou até dos direitos humanos. Contudo, a luta parece não ter o fim tão próximo como se prevê ou se gostaria. Quando sabemos que cerca de 30% da população portuguesa desconhece o seu estatuto serológico para o VIH/SIDA, percebemos que o sistema de vigilância epidemiológica ainda tem muito terreno para desbravar. No nosso entender, conhecer a realidade portuguesa relativamente à infeção pelo VIH/SIDA parece-nos ser a maior das prioridades, na medida em que sem este conhecimento real, parte das intervenções de prevenção poderão estar a ser insuficientemente implementadas. Nesse sentido, consideramos que alguns recursos que poderiam contribuir para o aumento deste conhecimento, estão a ser mal aproveitados ou até mesmo descurados, como é o caso das unidades de tratamento especializado para pessoas com problemas ligados ao álcool (Unidades de Alcoologia). Como já referimos anteriormente, mesmo depois da integração das Unidades de Alcoologia no atualmente extinto IDT, I.P. o protocolo de deteção da infeção do VIH/SIDA existente nas outras estruturas do IDT, I.P., não foi implementado nestes serviços constituindo, por isso, uma menos valia, na medida em que estas unidades poderiam contribuir para o aumento da eficácia da vigilância epidemiológica do país.

2. Adições - 50 anos após a década de 60

2.1. Quarenta anos de drogas: um fenómeno pós revolução de Abril

De acordo com Costa (2007) “ *Em Portugal, os problemas relacionados com o abuso do consumo de produtos estupefacientes praticamente não se fizeram sentir até ao início dos anos setenta do séc. XX. O aparecimento dos Beatnik portugueses, a crise estudantil de 1961/62 e o início da guerra do ultramar não representaram qualquer sintoma da existência de consumos abusivos de droga nos nosso país*” (p. 197).

Provavelmente por razões nacionais específicas, a temática das drogas em Portugal apenas assume relevo a partir de 1970, ano em que tem lugar a primeira pronúncia política sobre o tema, na voz do então Presidente da República, Américo Tomás, que na circunstancialidade da mensagem de Ano Novo aos portugueses, (Tomás, 1970, como citado em Costa, 2007), os alerta para o fenómeno da droga, que caracteriza na altura como “um mal do comunismo contra a sociedade ocidental”. Enquanto ameaça externa, a introdução da temática da droga no contexto nacional determinou uma abordagem política claramente criminalizadora do consumo de drogas, patente no Decreto-lei 420/70 de 3 de Setembro, que afirma o carácter criminal do consumo e posse de drogas, punível com pena de prisão até 2 anos (Dias, 2007).

Fragoso Mendes (como citado em Costa, 2007) aponta como condições explicativas da contenção das drogas ilícitas no nosso país até aos anos 70, o conservadorismo e a mentalidade burguesa da sociedade da altura, o baixo nível económico do país, e a predominância de uma outra substância, lícita, barata e de fácil acesso – o álcool. Este último, nomeadamente na forma de vinho, já havia sido considerado fonte de alimentação para um milhão de portugueses, numa alegada afirmação feita por António Salazar em 1935 (Ferreira & Fernandes, 2010), de tal modo que não constituiu ameaça à saúde pública reconhecida até há relativamente pouco tempo, deixando espaço para a preocupação por parte da administração central, para definir políticas de resposta à comumente denominada droga.

À medida que os contornos do fenómeno se foram adensando, foram surgindo diretrizes de “*sucessivos governos desde a década de 70, sofrendo avanços e recuos em função dos contextos políticos, sociais e económicos que a sociedade portuguesa tem*

atravessado” (Resolução do Conselho de Ministros [RCM] n.º 115/2006, p. 6835). Mais centrado nos estupefacientes, e tal como refere Dias (s/d), o fenómeno “*pelo período compreendido entre 1970 e 2010, assume expressão e identidade pelas diferentes posições políticas, expectativas sociais, dispositivos legais e estratégias concebidas ao longo do tempo*” (p. 2). Os pontos que se seguem pretendem dar desenvolvimento ao fenómeno do consumo de substâncias assumindo idêntico esquema ao aplicado à temática do VIH/SIDA.

Assim, contemplamos num primeiro momento a epidemiologia do consumos de substâncias (drogas ilícitas e do álcool), num segundo momento os dispositivos de diagnóstico, tratamento e terapêutica disponíveis em Portugal, finalmente seguidos pelo ponto de reflexão sobre políticas e legislação.

2.2. Epidemiologia

2.2.1. Epidemiologia das drogas ilícitas

2.2.1.1. A nível mundial

As estratégias mundiais de luta contra a droga estabelecem dois princípios básicos de ação. O primeiro sustentado na luta e controlo da oferta, onde se destacam ações de controlo da produção e tráfico de drogas, bem como a implementação de medidas punitivas para os seus agentes (produtores e traficantes). O segundo tem por base a redução da procura, tendo como alvo preferencial os consumidores de drogas. Neste ponto, o *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) no seu relatório mundial sobre as drogas (2012) reconhece que a prevenção, o tratamento, a reabilitação, a reintegração e a saúde são os elementos chave para a redução da procura e que estes são mais eficazes que as medidas punitivas dos consumidores.

Na sequência desta linha de pensamento, a apresentação do estado da arte relativamente à matéria de drogas aparece de acordo com estes princípios básicos. Por um lado descrevemos os números relativos à produção e tráfico, por outro, apresentamos dados relativos ao número de pessoas a consumir drogas, ao número de pessoas em tratamento e às consequências relacionadas com o consumo (por exemplo, número de mortes) (UNODC, 2012).

Em termos globais parece não haver alterações significativas no *status quo* do consumo, produção e consequências do consumo de drogas ilícitas. As grandes modificações em matéria de drogas verificam-se nos fluxos, onde se analisa uma transformação que demonstra que os mercados da droga são altamente adaptáveis e usando uma expressão popular “estão sempre um passo à frente”. Este cenário é reforçado com a retoma da oferta de opiáceos, mesmo depois da sua diminuição em 2010 provocada por uma praga que destruiu parte da plantação da papoila no Afeganistão (UNODC, 2012).

A nível mundial, o uso de drogas permanece estável há cinco anos com cerca de 3,4 a 6,6 % da população adulta (15-64 anos) mundial a consumir. Destes 10 a 13% são consumidores problemáticos com dependência ou problemas relacionados com o consumo de drogas. Apesar da tendência global de estabilidade, verifica-se um aumento de consumidores de drogas injetáveis infetados com VIH (estimativa de 20%), hepatite C (estimativa 46,7%) e hepatite B (14,6%), e quanto à consequência mais grave, a morte, ela é responsável por 1% dos casos (UNODC, 2012).

Relativamente à distribuição do tipo de droga responsável pela maior procura de tratamento, verificamos diferenças regionais. Os opiáceos continuam a ser a substância que mais propicia a procura de tratamento em todas as regiões (Ásia, Europa, África, América do Norte e Oceania). Já a cocaína é a maior responsável pela procura de tratamento na América e a canábis na África. A procura de tratamento de consumidores de drogas estimulantes do tipo anfetaminico é maior na Ásia (UNODC, 2012).

No que diz respeito à droga mais consumida globalmente, a canábis mantém-se como a substância de eleição (2,6 a 5,0%) seguida dos estimulantes (0,3 a 1,2% com exceção do *ecstasy*).

Opiáceos

O consumo de opiáceos (heroína, morfina e opiáceos sem prescrição médica) mantém-se estável com uma prevalência estimada de 0,6 e 0,8 % na população adulta (15-64 anos). Mesmo depois da quebra da produção em 2010, ela atualmente voltou aos níveis de 2009. No entanto, o real impacto desta quebra não pode ser analisado, mas acredita-se que é responsável pela diminuição da oferta de opiáceos em 2010 e 2011, onde também se registaram menos apreensões. A UNODC (2012) refere no seu

relatório mundial sobre as drogas que esta diminuição da oferta em 2010 e 2011 poderá ser responsável pelo aumento do consumo de substâncias derivadas como a desmorfina (conhecido por “*krokodil*”¹⁶), e o ópio acetilado (conhecido como “*kopot*”) ou outros opiáceos sintéticos como o fenatil e a buprenorfina.

O fluxo do mercado de opiáceos tem registado alterações. Apesar da rota dos Balcãs ainda estar ativa, as apreensões nas regiões fornecidas por esta rota diminuíram em 2010, verificando por outro lado um aumento das apreensões em África e na Ásia.

Cocaína

O mercado de produção da cocaína também apresenta dados que demonstram esta adaptação e flexibilidade dos mercados das drogas. A quebra da produção de cocaína colombiana propiciou uma queda na produção global de cocaína, que imediatamente foi substituída pela produção em países como a Bolívia e o Peru, atuais mercados emergentes na produção de coca.

A América do Norte, a Europa e a Oceania continuam a ser os mercados principais desta substância. Contudo, a América do Norte por ser essencialmente abastecida por cocaína colombiana tem sofrido uma diminuição no seu consumo (de 3% em 2006 para 2,2% em 2010 nos EUA), enquanto o consumo na Europa e a Oceania permanece estável. Mesmo com a diminuição do número de apreensões de cocaína na Europa o consumo não seguiu esta tendência, demonstrando que, por um lado as rotas de abastecimento estão a modificar-se, e, por outro, os países produtores que abastecem a Europa e a Oceania são essencialmente os países produtores emergentes como a Bolívia e o Peru. Estas alterações nos fluxos dos mercados estão a preocupar outras regiões que até então não tinham a cocaína como droga de consumo problemático como é o caso do Oeste de África. Na América do sul está a expandir-se o mercado de cocaína sintética como a cocaína *crack* (UNODC, 2012).

¹⁶ *Krokodil* é o nome usado para o consumo de desmorfina. Esta droga ganhou reputação na Rússia em 2010 devido à sua baixa qualidade de síntese. A desmorfina é sintetizada a partir da codeína num processo semelhante ao da metanfetamina, estando o produto final muitas vezes contaminado com químicos tóxicos e altamente corrosivos. Os consumidores pela via injetada acabam por apresentar problemas sérios de saúde devido aos danos provocados nos tecidos que acabam por infetar. A constelação dos danos tecidulares propiciou que esta droga ficasse conhecida como “comedora de carne” ou então *Krokodil* (Erowid, 2013).

Estimulantes do tipo anfetamínico

Os estimulantes do tipo anfetamínico (ETS) (metanfetamina, anfetamina e *ecstasy*) são o segundo tipo de droga mais consumido em todo o mundo. No entanto a metanfetamina parece estar a ganhar terreno aos outros estimulantes, principalmente às anfetaminas que viram as suas apreensões decrescerem 42% desde 2006. Já o *ecstasy* parece estar a renascer nos mercados Europeus desde 2010, onde se registaram o dobro das apreensões de 2009. A disponibilidade desta droga parece também estar a aumentar nos EUA, na Oceania e no Sudoeste Asiático (UNODC, 2012).

Canábis

Em todo o mundo existem entre 119 milhões a 224 milhões de consumidores de canábis (cerca de 6,9%), o que a tornam a droga mais consumida, num registo que parece estar estabilizado.

2.2.1.2. A nível Europeu

O cenário do consumo de drogas na União Europeia [UE] está claramente a mudar, e a complexidade e a dinâmica do mercado de droga, associada às dificuldades económicas que muitos países atravessam, constituem-se como um dos maiores desafios da luta contra a droga na UE (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT], 2012).

Apesar da heroína e da cocaína continuarem a ser as drogas com maior associação à mortalidade e morbilidade, a emergência das drogas sintéticas estão a alterar o panorama do consumo Europeu, que regista uma tendência de substituição das drogas “tradicionais” por concorrentes sintéticas facilmente fabricadas em laboratórios domésticos. Contudo, a canábis continua a ser substância ilícita mais consumida em toda a Europa, e no cenário de mercado atual ela acarreta uma preocupação acrescida relacionada com a alteração do tipo de produto de canábis. Presentemente a maior distinção entre os produtos de canábis recai sobre a canábis herbácea e a resina de canábis. A alteração do maior consumo de resina para a canábis herbácea aumenta a preocupação, não do consumo em si, mas da produção ilegal de canábis herbácea na UE, já que a resina é um produto importado. Este facto aumentou a vigilância de muitos

países, que redesenharam as suas estratégias de luta contra a droga, dando maior prioridade a medidas direcionadas para a luta contra o tráfico e oferta desta substância (OEDT, 2012). Para além disto, os mercados e forma de obtenção das substâncias ilícitas também estão a mudar. A internet está no centro destas alterações, proporcionando uma difusão mais rápida e globalizada das novas tendências de drogas e de consumos, funcionando concomitantemente como um novo mercado anónimo, sem fronteiras e de difícil monitorização (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [EMCDDA], 2013).

Seguidamente sintetizamos a situação da Europa em matéria de consumo de drogas. As estimativas apresentadas referem-se à população adulta (15-64 anos) e baseiam-se nos mais recentes dados disponíveis (inquéritos realizados entre 2004 e 2010-2011, principalmente em 2008-2010).

Opiáceos

Num contexto de aumento global da disponibilidade de tratamento para os consumidores de heroína, os dados indicam que o consumo e a disponibilidade desta droga tendem a diminuir. Contudo, alguns países referem que, ao longo da última década, a heroína foi sendo substituída no mercado por outros opiáceos (OEDT, 2012).

Relativamente ao consumo, estima-se que na Europa existam 1,4 milhões de consumidores problemáticos de opiáceos. As mortes induzidas pela droga, apesar de terem decrescido nos últimos anos, representam 4% de todas as mortes de europeus com idades compreendidas entre os 15 e os 39 anos. A heroína é a droga principal em cerca de 50% do total de pedidos de tratamento da toxicodependência. Em 2010, cerca de 710 mil consumidores de opiáceos receberam tratamento de substituição. No entanto, o número de consumidores de heroína que iniciam o tratamento pela primeira vez continua a diminuir e, em termos globais, as pessoas em tratamento devido ao consumo de heroína constituem uma população envelhecida (OEDT, 2012).

Tradicionalmente, a via de consumo de heroína era essencialmente injetada, mas esse comportamento tem diminuído substancialmente desde há uns anos. Possivelmente, este facto, associado ao impacto das intervenções ao nível da minimização de riscos e redução de danos, terá contribuído para o decréscimo dos novos casos de infeção por VIH/SIDA atribuídos ao consumo de droga. No entanto, essa tendência positiva foi

interrompida por surtos recentes de VIH/SIDA relacionados com o consumo de droga injetada, na Grécia e na Roménia. Este facto, demonstra a necessidade de se consolidarem políticas e práticas de redução de danos em toda a Europa, de forma a inverter este surto (OEDT, 2012).

Cocaína

A seguir à canábis, a cocaína surge como a substância ilícita mais consumida pelos europeus, com cerca de 15,5 milhões de pessoas (4,6% dos adultos europeus) a referirem já terem consumido esta droga pelo menos uma vez na vida. Globalmente, os indicadores de consumo e de oferta de cocaína têm revelado uma tendência decrescente nos últimos anos nos países de maior prevalência. No entanto, na Europa Oriental as quantidades crescentes de cocaína apreendida suscitam preocupações acerca do potencial de expansão do consumo desta substância (OEDT, 2012).

No último ano, cerca de 4 milhões de adultos europeus (1,2%), ou um quarto dos consumidores ao longo da vida, consumiram cocaína, e no último mês cerca de 0,5% da população europeia (1,5 milhões) usou esta substância. Contudo, a procura de tratamento tem diminuído desde 2009 (OEDT, 2012).

Ecstasy

A variabilidade deste tipo de droga sintética que proporciona aos consumidores a escolha de acordo com a sua disponibilidade, preço e qualidade percebida, constitui um obstáculo à compreensão das tendências globais do seu consumo. No entanto, os dados indicam que a popularidade do *ecstasy* tem diminuído nos últimos anos, possivelmente devido ao facto do grau de pureza dos comprimidos ter diminuído (OEDT, 2012).

Apesar disso, a prevalência de consumo ao longo da vida mantém-se relativamente alta (4,45), correspondendo a cerca de 11,5 milhões de pessoas. Por sua vez, o consumo no último ano foi de 0,6% (2 milhões de pessoas), variando as estimativas nacionais entre menos de 0,1 % e 3,1 %. Quanto à procura de tratamento, em 2011 poucos foram os consumidores que procuraram tratamento devido ao consumo desta substância (menos de 1%) (OEDT, 2012).

Anfetaminas

As anfetaminas ainda constituem um ponto importante no panorama do consumo de drogas e o seu consumo injetável constitui-se como um dos maiores problemas relacionados com o consumo desta droga em muitos países da Europa do norte. Na perspectiva a longo prazo, os indicadores relativos às anfetaminas mantiveram-se estáveis, mas os dados recentes refletem o aumento da disponibilidade das metanfetaminas, estando esta substância a substituir as anfetaminas em alguns mercados (OEDT, 2012).

Relativamente às prevalências de consumos ao longo da vida, esta substância representa 3,8% (cerca de 13 milhões de pessoas). O consumo no último ano corresponde a 0,6% (cerca de 2 milhões de pessoas) ou um sexto dos consumidores ao longo da vida, verificando-se uma variação do consumo no último ano por país de 0,0% a 1,1% (OEDT, 2012).

Outro dado importante relativamente ao consumo desta substância refere-se às mortes, que têm sido relatadas por alguns países, principalmente à maior prevalência. Já relativamente ao tratamento, esta droga foi responsável por 6% dos pedidos de ajuda em 2011 em toda a Europa (OEDT, 2012).

Canábis

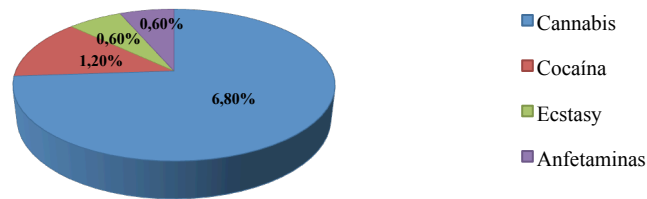
Relativamente ao consumo de canábis pela população europeia, esta substância mantém-se como a droga mais consumida, ao mesmo tempo que a maior variação global entre países (0,3% a 14,3%) quando comparada com as restantes substâncias (gráfico 8). Apesar de vários dados indicarem a redução do consumo desta substância em alguns países, a prevalência mantém-se elevada e o mercado consistentemente abrangente. No entanto, os tipos de produtos de canábis disponíveis estão a diversificar-se. A canábis herbácea, como já referimos, apresenta agora algum relevo conjuntamente com o aparecimento de produtos sintéticos «tipo-canábis» (CRAs). Estes novos factos, associados ao seu estatuto de droga mais consumida, assume relevância em termos de saúde pública (OEDT, 2012).

No que ao consumo ao longo da vida diz respeito, a Europa apresenta uma prevalência de 23,7% dos adultos, correspondendo a cerca de 80,5 milhões de pessoas. O consumo desta substância no último ano corresponde a cerca de 23 milhões de

adultos europeus (6,8%) ou um terço dos consumidores ao longo da vida. O consumo no último mês corresponde a cerca de 12 milhões de pessoas (3,6%) (OEDT, 2012).

O gráfico que se segue (gráfico 8) espelha o panorama do consumo de drogas na UE em 2012, demonstrando que a canábis é, sem margem para dúvidas, a droga mais consumida pelos cidadãos deste continente.

Gráfico 8
Prevalência de consumo de drogas no último ano na EU (OEDT, 2012).



Os dados que acabamos de apresentar poderiam ser considerados animadores por mostrarem uma tendência decrescente do consumo das drogas “tradicionais” (heroína e cocaína). No entanto, os indicadores refletem uma alteração do tipo de droga, verificando-se uma tendência para o consumo de novas substâncias, que surgiram no mercado como drogas lícitas, mas que rapidamente foram legisladas como ilícitas, como é o caso, por exemplo, das catinonas sintéticas (e.g. mefedrona). Estas novas substâncias, substitutos sintéticos das drogas “tradicionais” aumentam os desafios do combate a esta problemática. Por um lado, por serem drogas criadas laboratorialmente, a fácil modificação da sua estrutura molecular dificulta muitas vezes a classificação como droga ilícita, mantendo-as em circulação no mercado livre durante bastante tempo (EMCDDA, 2013; OEDT, 2012). Por outro lado, o facto serem fabricadas em laboratórios caseiros por pessoas sem conhecimentos especializados, impossibilita o conhecimento sobre a sua verdadeira composição química e conseqüentemente quais os efeitos por elas provocados. O que sabemos é que há múltiplos registos de mortes derivadas do consumo destas novas substâncias.

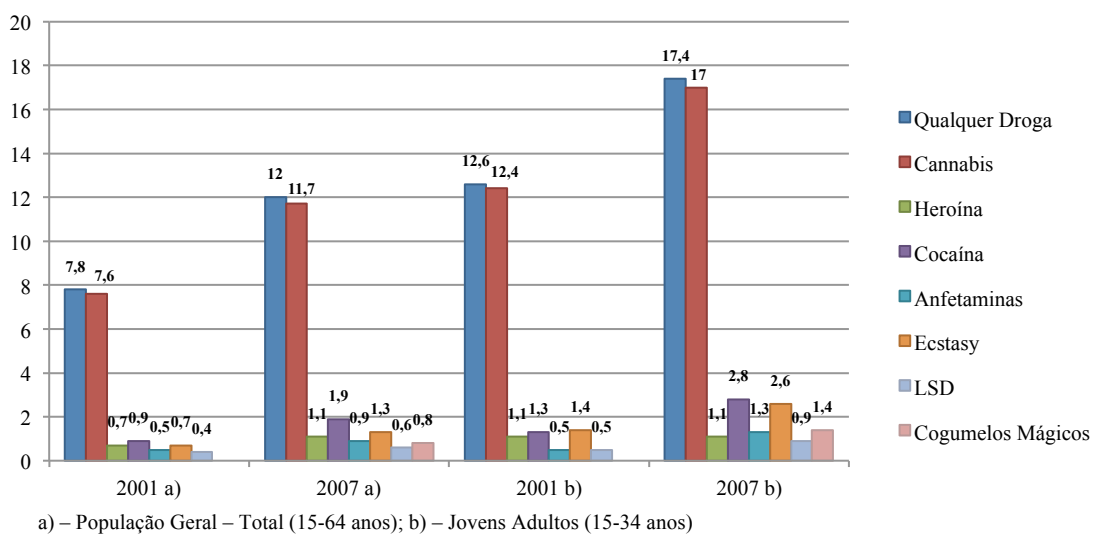
Para além disto, os dados apresentados também refletem as dificuldades existentes ao nível do tratamento das outras drogas ilícitas que não a heroína. Estes dados levam-nos a refletir se o problema está nas estruturas de tratamento que não estão preparadas para receber utentes consumidores de outras substâncias para além da

heroína, ou se a perceção dos consumidores relativamente à necessidade de tratamento ou de oferta do mesmo é limitada.

2.2.1.3. A nível nacional

Segundo o relatório de 2011 do Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT), em Portugal o consumo de drogas tem aumentado desde 2001. Como podemos verificar pelo gráfico nove, 12% da população Portuguesa já consumiu qualquer tipo de droga durante a sua vida. A canábis, identicamente ao que se registou no ano de 2001, mantém-se a droga de eleição dos portugueses. O seu consumo foi referido por 11.7% da população geral e 17% pela população jovem (dos 15 aos 34 anos). A cocaína e o *ecstasy*, apesar de apresentarem valores percentuais de consumos muito inferiores ao da canábis, constituem-se como as seguintes substâncias ilícitas mais consumidas, respetivamente (gráfico 9). Quanto à faixa etária, os jovens dos 15 aos 34 anos continuam a ser os maiores consumidores de drogas comparativamente à população geral (Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. [IDT] , 2011a). Curiosamente, apesar do ligeiro aumento do consumo ao longo da vida (entre 2001 e 2007) para a maioria das drogas, neste grupo etário (dos 15 aos 34 anos), o consumo de heroína manteve-se estável, dando indicação que esta não é atualmente uma substância de eleição para a iniciação ou experimentação dos consumos.

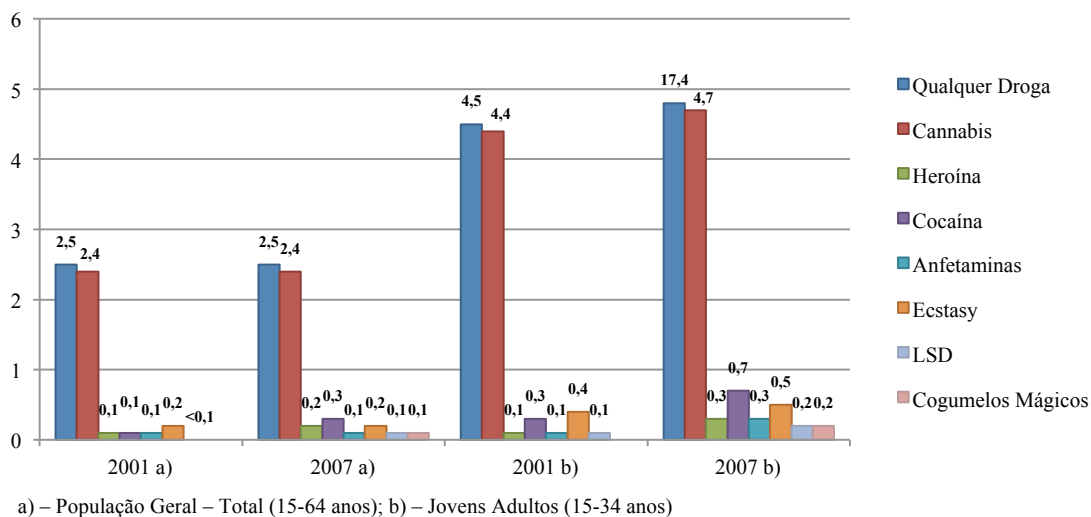
Gráfico 9
Comparação de prevalências de consumo ao longo da vida (2001 e 2007), por tipo de droga em Portugal (IDT, 2011a).



Como já referimos, o consumo ao longo da vida apresentou uma ligeira subida entre 2001 e 2007. Contudo o consumo nos últimos 30 dias (gráfico 10) manteve-se estável no mesmo período, com a exceção da cocaína, da heroína e do LSD, que apresentaram um aumento no consumo. Entre a população mais consumidora (jovem adulta) constatou-se uma subida das prevalências de consumo ao longo da vida e nos últimos 30 dias, sendo de realçar a prevalência do consumo de heroína ao longo da vida que se manteve estável (IDT, 2011a).

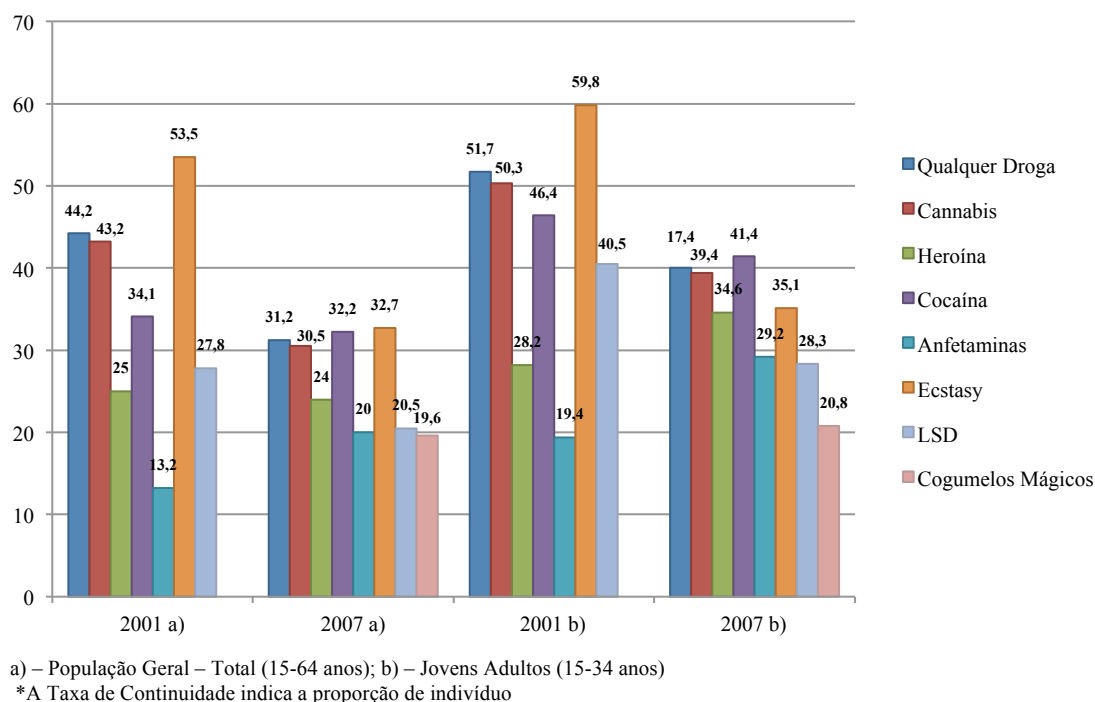
Gráfico 10

Comparação de prevalências de consumo nos últimos 30 dias (2001 e 2007), por tipo de droga em Portugal (IDT, 2011a).



No que diz respeito à taxa de continuidade do consumo entre 2001 e 2007, verificou-se uma descida generalizada na população total e na jovem adulta, com exceção das subidas das taxas de consumo de anfetaminas em ambas as populações e da taxa de consumo de heroína na população jovem adulta (gráfico 11). Apesar desta diminuição global entre 2001 e 2007, o *ecstasy*, a cocaína e a canábis foram as substâncias que surgiram com as maiores taxas de continuidade do consumo em ambas as populações. Comparando os anos de 2001 e 2007, o consumo de cocaína ganha destaque, principalmente entre a população jovem adulta que apresenta para esta substância as maiores taxas de continuidade, o que contraria a tendência mundial da “desglamorização” da cocaína (IDT, 2011a).

Gráfico 11
 Comparação das taxas de continuidade* do consumo (2001 e 2007), por tipo de droga em Portugal (IDT, 2011a).



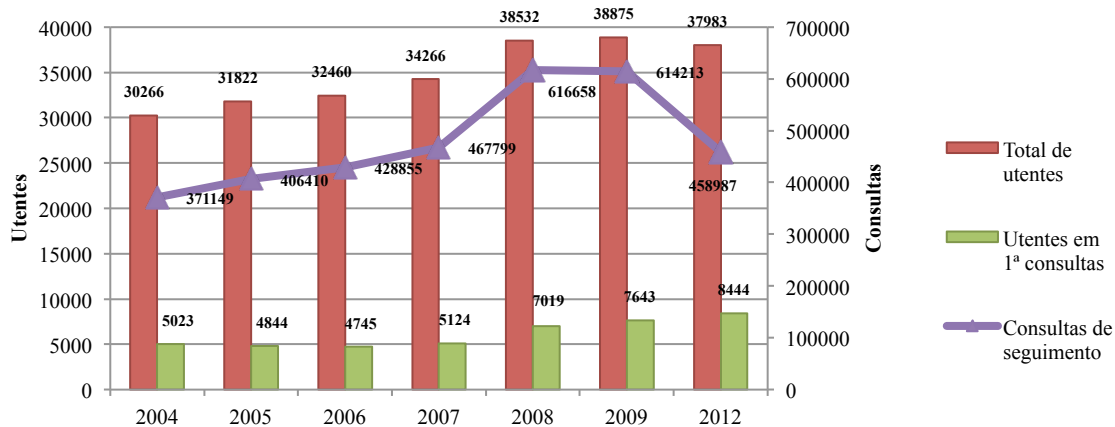
Relativamente à variabilidade regional (NUTS II) do consumo de drogas ilícitas, as regiões do Algarve e de Lisboa apresentaram as taxas mais elevadas de consumo (acima da média nacional) de qualquer droga ao longo da vida (16% para ambas as regiões para a população geral e 21,4% para Lisboa e 25,7 para os jovens adultos) e nos últimos 30 dias (3,9% para Lisboa e 6,1% para o Algarve para a população geral e 6,6% em Lisboa e 12,3% no Algarve para os jovens adultos), para a população geral e para os jovens adultos (IDT, 2011a).

De um modo geral, as regiões mantêm o padrão preferencial de consumo do país - em primeiro lugar o consumo de canábis, seguindo-se a cocaína e o de *ecstasy*, com exceção do Alentejo (onde a heroína surge como a segunda droga mais consumida a seguir à canábis), do Algarve (onde a heroína surge entre as três substâncias com maiores prevalências de consumo) e dos Açores (onde as anfetaminas ocupam posição equivalente do *ecstasy*).

Contudo, comparativamente com o resto da Europa, Portugal permanece entre os países com as menores prevalências de consumo para a generalidade das substâncias, com exceção da heroína (IDT, 2011a).

No que se refere ao tratamento da toxicod dependência em serviços da rede pública, em 2010 estiveram integrados 37 983 utentes no tratamento ambulatorial da toxicod dependência, dos quais 8444 eram novos utentes, ou seja que tiveram em 2010 a primeira consulta (gráfico 12). O número de utentes em ambulatório manteve-se estável nos últimos anos após a tendência de aumento ocorrida entre 2004-2008. A nível das primeiras consultas, registou-se um incremento (+10%) em relação ao ano anterior. Este facto pode estar relacionado com a melhor articulação entre as respostas no terreno, mas também poderá ser devida ao número de utentes com problemas relacionados com o consumo de álcool que a partir de 2008 passaram a recorrer às equipas de tratamento mais direcionadas para as drogas ilícitas até essa data (IDT, 2011a).

Gráfico 12
Utentes em ambulatório na rede pública (IDT, 2011a).



Nota: A leitura comparativa dos dados exige algumas cautelas devido aos utentes que a partir de 2008 passaram a recorrer às estruturas tradicionais de tratamento da toxicod dependência por problemas relacionados com o álcool.

Já no que respeita às mortes relacionadas com o consumo de drogas, apesar de os números se manterem baixos, verifica-se desde 2006 um aumento de mortes para ambos os critérios considerados (gráfico 13) - Lista Sucinta Europeia¹⁷ e Protocolo do

¹⁷ Causa de morte Dependência de drogas, toxicomania, CID 10 - Lista Sucinta Europeia, inclui todos os códigos F11 a F16 e F18 a F19 a quatro dígitos.

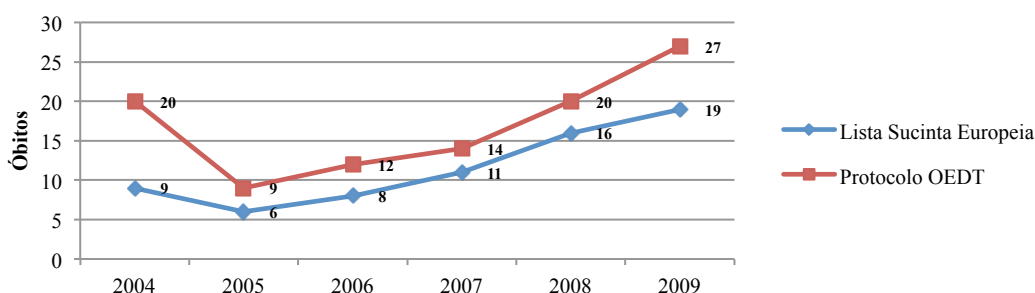
Observatório Europeu da Droga e da Toxicod dependência (OEDT)¹⁸, registando em 2009 os valores mais elevados desde 2003 (IDT, 2011a).

Segundo o critério da Lista Sucinta Europeia, em 2009 as mortes associadas à dependência de drogas aumentou 19% relativamente ao ano anterior, correspondendo a um total de 19 casos. De acordo com o critério do OEDT, em 2009 registaram-se 27 casos de mortes relacionadas com o consumo de drogas, representando um aumento de 35% em relação a 2008 (IDT, 2011a).

Em 2009, a causa de morte predominante destes óbitos (89% no caso do critério da Lista Sucinta Europeia e 63% no do OEDT) foi “Distúrbios: dependência múltipla ou outra” (código F19.2 da CID10) causa que contempla os policonsumos. A grande maioria destes óbitos (mais de 84% para ambos os critérios considerados) pertence ao género masculino e ao grupo etário dos 25-44 anos (acima dos 74% no caso do critério da Lista Sucinta Europeia e 81% no do OEDT) (IDT, 2011a).

Gráfico 13

Óbitos gerais relacionados com o consumo de droga (IDT, 2011).



Sumariamente, podemos afirmar que o consumo de drogas ilícitas em Portugal segue uma tendência decrescente. No entanto, é importante referir que os dados apresentados não contemplam as novas drogas emergentes e que foram responsáveis pela morte de algumas pessoas nos últimos anos no nosso país. Outro dado relevante é o do número de pessoas em tratamento que parece ter aumentado. Contudo, estes números estão inflacionados pelas pessoas com problemas ligados ao álcool que recorrem aos

¹⁸ O OEDT (2012) utiliza para a sua definição de mortes relacionadas com drogas (mortes diretamente associadas ao consumo de drogas de abuso), os seguintes códigos da CID 10: F11 a F12, F14 a F16, F19, e, X42, X62, Y12 (combinando estes últimos três códigos com os códigos T 40.0-9) e X41, X61 e Y11 Y12 (combinando estes últimos três códigos com o código T 43.6).

mesmos serviços de atendimento dos consumidores de substâncias ilícitas, perdendo-se, desta forma, a concreta dimensão desta realidade.

2.2.2. Epidemiologia do consumo de álcool

2.2.2.1. A nível mundial

Os problemas relacionados como o consumo de álcool atingem os países à escala global. O impacto e consequências do consumo desta substância não se restringe apenas ao indivíduo consumidor, mas a todas as esferas da sua vida, aos outros e à sociedade em geral.

É comum vermos espelhada na literatura a interferência do álcool a nível laboral, da accidentalidade e da violência, factos que comportam grandes custos económicos e sociais.

Em termos de saúde, o consumo de álcool é o 3º fator de risco de morte e incapacidade (é o 1º nos países em desenvolvimento), e 4% das mortes em todo o mundo são atribuídas ao álcool (mais que o VIH/SIDA, tuberculose e violência). Para além da saúde, sabemos que o álcool também está associado à violência, ao abuso e negligência de crianças e ao absentismo laboral (World Health Organization [WHO], 2011).

No ano de 2005 o consumo de álcool a nível mundial correspondia a 6,13 litros de álcool puro consumido por pessoa adulta (> 15 anos). Contudo, não podemos deixar de referir que uma grande percentagem deste consumo (28,6%) corresponde ao consumo de bebidas de produção não declarada, ou seja derivadas de produções caseiras ou ilegais (WHO, 2011).

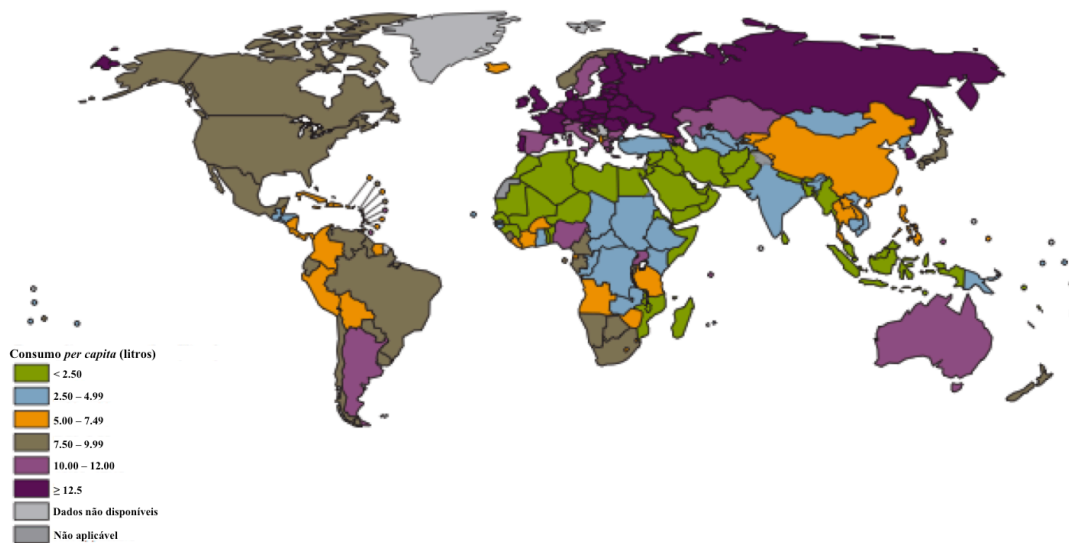
Relativamente aos consumos, para além do consumo global, importa sublinhar os dados relativos ao consumo nocivo (*heavy drinking*), devido à sua associação a problemas de saúde agudos e sociais como é o caso das lesões provocadas por consumos de grandes quantidades de álcool numa ocasião, por pessoas sem dependência.

Globalmente, o consumo de álcool tem grandes variações regionais (figura 2), verificando-se um maior consumo no hemisfério norte do globo, na Argentina, na

Austrália e na Nova Zelândia. Já as regiões com menor taxa de consumo correspondem a países predominantemente islâmicos, em que a taxa de abstinência é elevada como é o caso do norte de África, África subsaariana, leste do Mediterrâneo, sul da Ásia e oceano Índico (WHO, 2011).

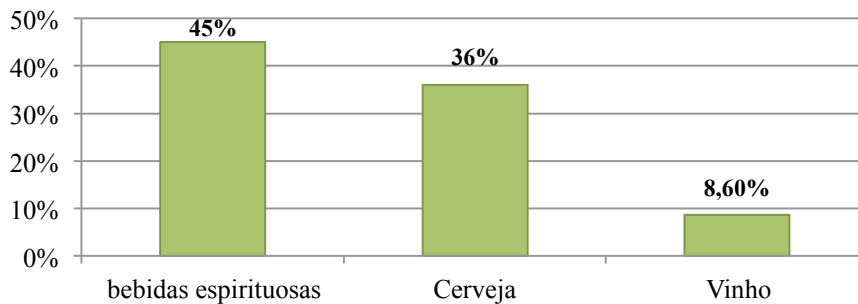
Figura 2

Total de adultos (>15) por consumo per capita, em litros de álcool puro em 2005 (WHO, 2011).



No que diz respeito ao tipo de bebida mais consumida (gráfico 14), as bebidas espirituosas correspondem a 45% das bebidas consumidas em todo o mundo, verificando-se uma maior taxa nas regiões do sudoeste da Ásia e pacífico ocidental, seguindo-se o consumo de cerveja (36%), com uma maior percentagem na região da América (54,7% do total de consumo registado). Relativamente ao consumo de vinho, corresponde à mais baixa taxa a nível mundial (3,8%) registando-se o seu maior consumo na Europa (26,4%). As bebidas que não a cerveja, bebidas espirituosas e o vinho (por exemplo, vinhos fortificados, vinho de arroz ou outras bebidas fermentadas feitas de sorgo e milho) têm a maior participação no consumo total na Região Africana (48,2%), e no Leste do Mediterrâneo (31,3%) (WHO, 2011).

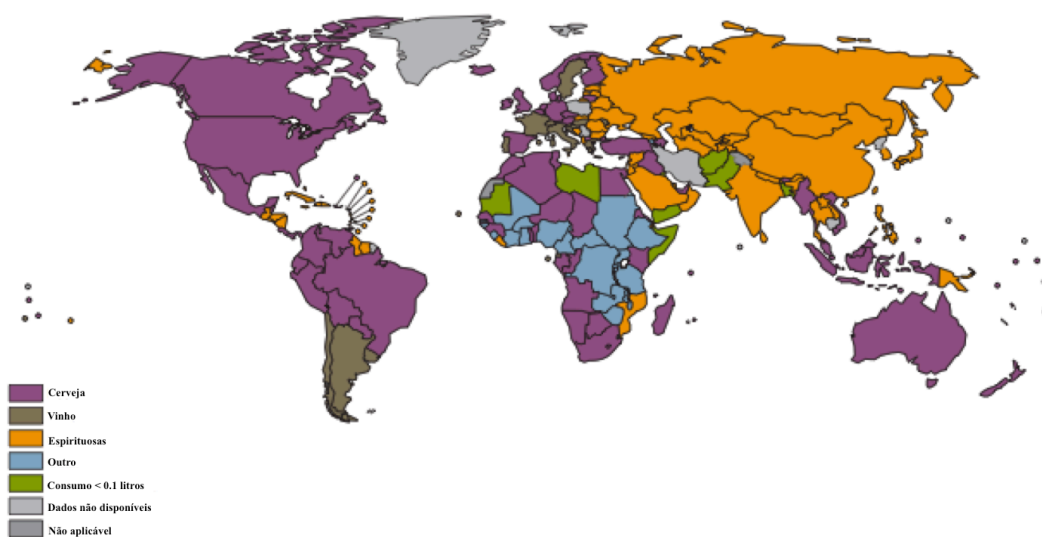
Gráfico 14
Tipo de bebidas mais consumidas em todo o mundo (WHO, 2011).



O registo mundial de consumo *per capita* (figura 3) manteve-se estável (4,3-4,7 litros de álcool puro), desde 1990, em todas as regiões da OMS. Após uma ligeira diminuição no início da década de 1990, o uso de álcool na Região Europeia aumentou novamente para cerca de 9,5 litros. A queda inicial na década de 1990 na Região das Américas estabilizou no novo milénio em cerca de 6,7 litros. No final do século passado na região do Pacífico Ocidental, houve novo aumento do consumo que depois estabilizou em cerca de 4,7 litros (WHO, 2011).

Figura 3

Distribuição das bebidas alcoólicas mais consumidas, em litros de álcool puro em 2005 (WHO, 2011).

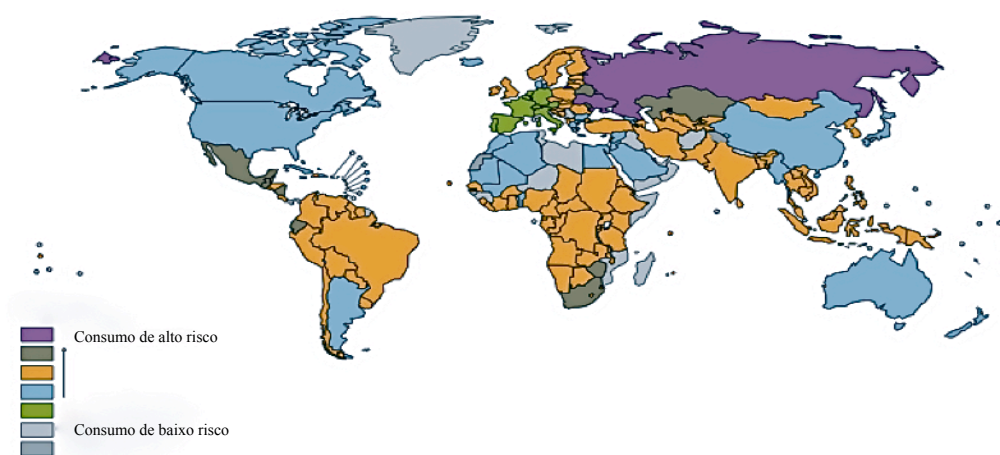


Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2011), a análise do impacto do consumo de álcool efetuada através da avaliação dos padrões de consumo é mais complicada do que quantificar o álcool consumido *per capita*. Devido à complexidade dos métodos de avaliação de padrões de consumo, a OMS (WHO, 2011) desenvolveu uma medida de classificação (*Patterns of Drinking Score [PDS]*), que reflete a maneira como as pessoas bebem, em vez de quanto as pessoas bebem. Esta medida está fortemente associada à carga de doença de um país atribuível ao álcool, e é calculada numa escala de 1 (padrão de consumo de baixo risco) a 5 (padrão de consumo de alto risco). Quanto mais alta for a pontuação, maior é a carga de doença atribuível ao consumo de álcool. Nesse sentido, podemos ter países com o mesmo nível de consumo mas com diferentes níveis de resultados de saúde (WHO, 2011).

A estimativa da *PDS*, baseia-se numa matriz de atributos de consumo que são ponderados diferencialmente a fim de providenciar uma classificação numa escala de 1 a 5, onde é contemplada: a quantidade habitual de álcool consumido por ocasião; beber festivo; proporção de eventos de consumo, quando os consumidores ficam embriagados; proporção de consumidores que bebem diariamente ou quase diariamente; e beber durante as refeições e beber em lugares públicos (WHO, 2011).

Figura 4

Tendências no padrão de consumo no mundo em 2005 (WHO, 2011).



Existem poucos países com um padrão de consumo de baixo risco. Estes, situados no sul e oeste da Europa têm níveis elevados de consumo de álcool per capita

em adultos (figura 4). Os padrões de consumo de alto risco, prevalecem no Cazaquistão, México, Rússia, África do Sul e Ucrânia (WHO, 2011).

Consumo Nocivo - embriaguez (*Heavy episodic drinking*)

O consumo nocivo constitui um padrão de consumo de alto risco, que pode ser definido pelo consumo de 60 gramas ou mais de álcool puro numa única ocasião nos últimos sete dias. Este é um indicador importante das consequências agudas e lesões do consumo (Jackson, 2008). A percentagem mundial de consumidores nocivos é de 11,5%, com mais consumidores homens do que mulheres, num rácio de 4 para 1 (WHO, 2011).

O consumo nocivo de álcool é um dos maiores riscos de saúde, constituindo um fator causal de mais de 60 tipos de doenças e lesões, resultando em cerca de 2,5 milhões de mortes a cada ano, cerca de 4% do total de mortes no mundo (WHO, 2011; Rehm et al., 2010). Neste ponto, o grupo dos jovens é o mais atingido, constituindo-se como a principal causa de morte dos homens com idades entre os 15 e os 24 anos (Hingson, Heeren, Zakocs, Kopstein, & Wechsler, 2002).

Relativamente às consequências provocadas pelo consumo nocivo, estima-se que o álcool seja responsável por 20 a 50% das cirroses hepáticas, epilepsia, envenenamentos, acidentes rodoviários, violência e alguns tipos de câncros. Segundo a OMS (2011) o álcool é o terceiro maior fator de risco para a doença e a incapacidade e para a prática de sexo inseguro (Turrisi, Mallet, Mastroleo & Larimer, 2006).

Em termos de mortalidade, em 2004 foram atribuídas ao álcool 3,8% do total de mortes em todo o mundo (6,2% de homens e 1,1% de mulheres) Os danos provocados pelo consumo são o maior fator de risco para os homens com idades entre os 15 e os 59 anos. As diferenças entre homens e mulheres é um indicador das diferenças de consumo entre os géneros, tanto em volume de consumo como em ocasiões de consumo nocivo (WHO, 2011).

2.2.2.2. A nível Europeu

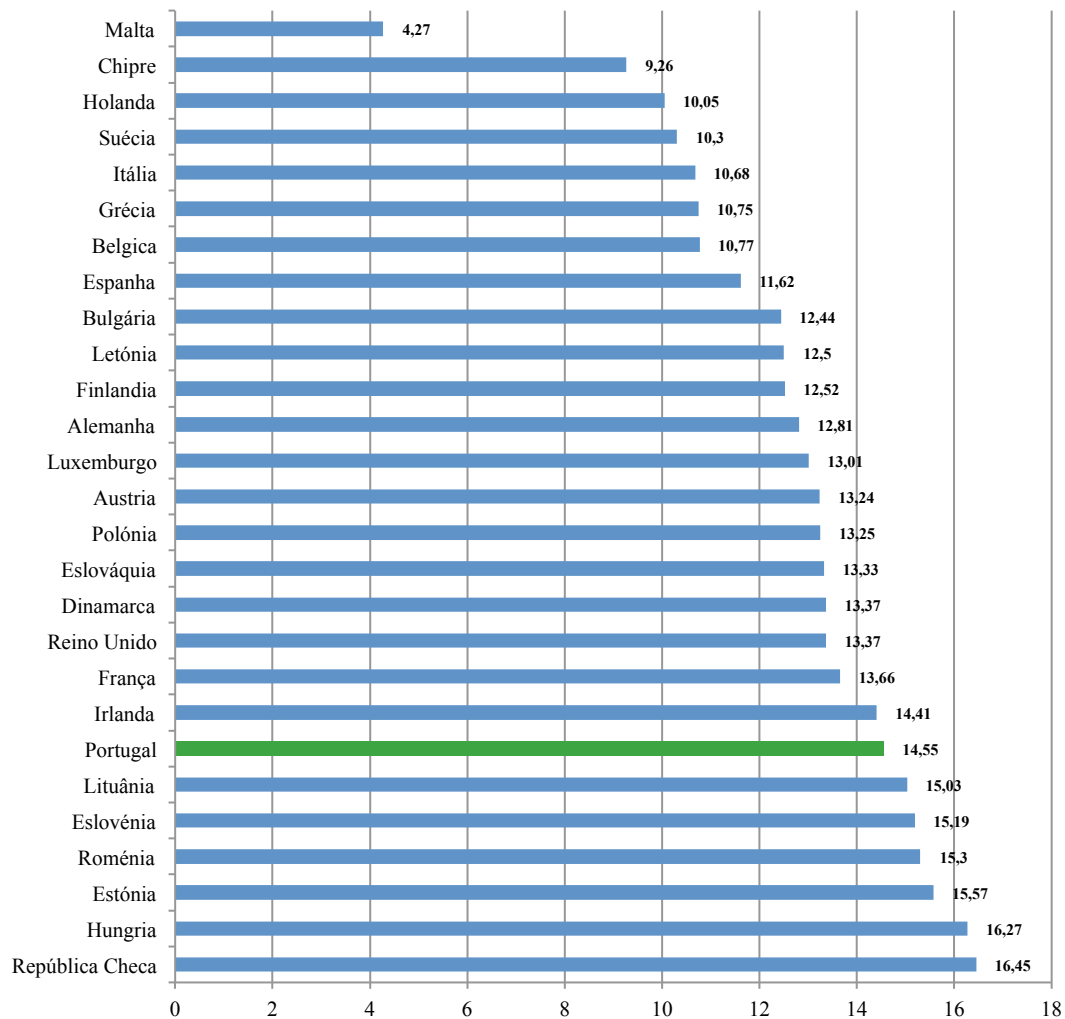
A União Europeia (UE) é a região com maior taxa de consumo em todo o mundo, com mais de um quinto da população com mais de 15 anos a beber num registo

de *binge drinking* pelo menos uma vez por semana. Para além dos padrões de consumo preocupantes, as consequências por ele provocadas são as maiores e as mais graves do mundo.

O gráfico que se segue (gráfico 15), sumariza de forma crescente o panorama de consumo *per capita* dos adultos residentes nos países da Europa a 27 países.

Gráfico 15

Total de Consumo *per capita* de adultos (>15anos) na EU 27 em 2005 (WHO, 2012).



A UE tem a maior proporção de problemas de saúde e de morte prematura relacionadas com o consumo de álcool, quando comparada com as outras regiões do mundo. Segundo Stuckler e colaboradores (2009, como citado em WHO Regional Office for Europe, 2010), a crise económica que assola toda a Europa desde 2007 e que é responsável pelo aumento de taxa de desemprego (3%), está também associada ao aumento de mais de 28% de mortes relacionadas com o consumo de álcool.

Em 2005 a média de consumo per capita na UE 27 foi de 12,73 litros (WHO Regional Office for Europe, 2010). Uma grande percentagem deste álcool é consumido em forma de cerveja (36%), seguindo-se o consumo de vinho (34%) e, por último, as bebidas espirituosas (23%). Contudo, se dividirmos a Europa (Eur - A¹⁹, Eur - B²⁰ e Eur - C²¹) verificamos algumas diferenças, principalmente na Eur - C onde as bebidas espirituosas ganham relevo, constituindo-se como a bebida mais consumida (Anderson & Baumberg, 2006).

Como podemos verificar pelo gráfico 15, Portugal é o sétimo maior consumidor de álcool da Europa a 27, apenas ultrapassado pelos países de leste onde o consumo chega a ultrapassar os 16 litros de álcool consumido *per capita*.

Consumo Nocivo - embriaguez (*Heavy episodic drinking*)

O consumo até à embriaguez apresenta variabilidade entre os países da UE, verificando-se um aumento deste tipo de consumo de sul para o norte da Europa. Na UE15²² o consumo até à embriaguez ocorre em média 5 vezes por ano, enquanto que o consumo do tipo “*binge drinking*”²³ ocorre em média 17 vezes por ano. Estes números levantam o alerta para a quantidade de consumidores na UE que bebem num registo nocivo (“em demasia”) por mês, que ronda os 100 milhões (1 em cada 3) (Anderson & Baumberg, 2006).

A estimativa europeia para o número de dependentes de álcool é de 23 milhões, sendo esta substância o terceiro fator de risco de doença responsável pela morte ou

¹⁹ **Eur- A:** 27 países com muito baixa mortalidade infantil e adulta: Andorra, Áustria, Bélgica, Croácia, Chipre, República Checa, Dinamarca, Finlândia, França, Alemanha, Grécia, Islândia, Irlanda, Israel, Itália, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Holanda, Noruega, Portugal, San Marino, Eslovénia, Espanha, Suécia, Suíça e o Reino Unido.

²⁰ **Eur-B:** 17 países com baixa mortalidade infantil e adulta: Albânia, Arménia, Azerbaijão, Bósnia e Herzegovina, Bulgária, Geórgia, Quirguistão, Montenegro, Polónia, Roménia, Sérvia, Eslováquia, Tajiquistão, Antiga República Jugoslava da Macedónia, Turquia, Turquemenistão e Uzbequistão.

²¹ **Eur-C:** 9 países com baixa mortalidade infantil mas com alta mortalidade em adultos: Bielorrússia, Estónia, Hungria, Cazaquistão, Letónia, Lituânia, República da Moldávia, Federação Russa e Ucrânia.

²² Áustria, Bélgica, Dinamarca, França, Finlândia, Alemanha, Grécia, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Holanda, Portugal, Espanha, Suécia e Reino Unido.

²³ Padrão de consumo para além de 5 bebidas numa ocasião.

incapacidade prematura de 12% dos homens e 2% das mulheres (Anderson & Baumberg, 2006).

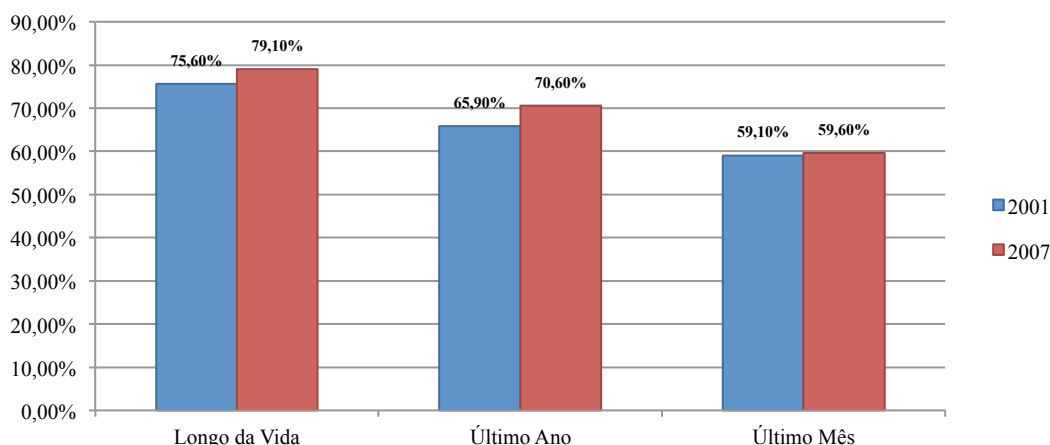
2.2.2.3. A nível nacional

O consumo em Portugal mantém-se elevado, apesar do ligeiro decréscimo nos últimos anos. Em termos de padrão de consumo, a par da Europa, tem-se verificado uma modificação do consumo dos portugueses, com o aumento crescente dos jovens e mulheres (Balsa, 2011).

Em Portugal, 79,1% das pessoas já consumiu álcool pelo menos uma vez na vida. Destas 70,6% consumiu uma bebida alcoólica nos últimos 12 meses e 59,6% nos últimos 30 dias (gráfico 16). A faixa etária com maior prevalência de consumos situa-se entre os 25 e os 54 anos, representando 80% do total de consumidores.

Gráfico 16

Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas em Portugal em 2001 e 2007 (Balsa, 2011).

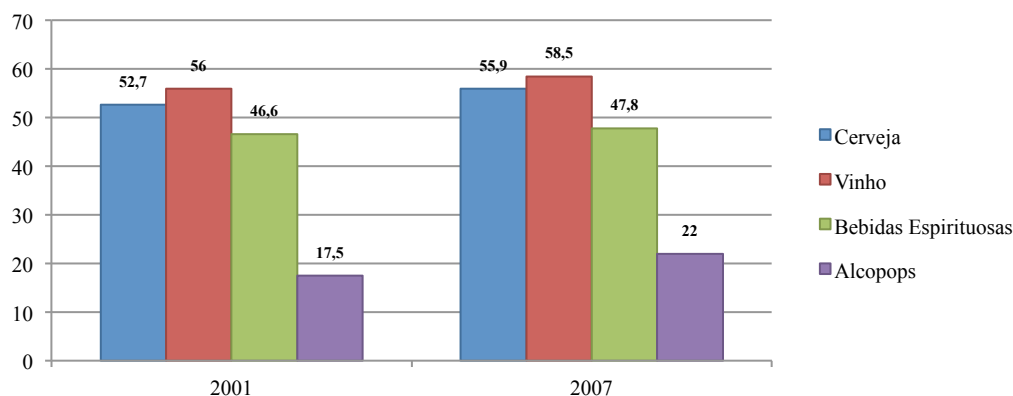


No que diz respeito ao tipo de bebida mais consumida em Portugal, os dados mais recentes e referentes ao ano de 2007 (gráfico 17), mostram que o vinho ocupa o primeiro lugar (58,5%), seguindo-se a cerveja (55,9%) e as bebidas espirituosas²⁴ (47,8%), enquanto os *alcopops*²⁵ constituem-se como o tipo de bebida menos popular entre a população geral (15 aos 64 anos) representando 22% do consumo (Balsa, 2011).

²⁴ Bebidas Espirituosas ou destiladas - whisky, aguardente, licores, etc. (Balsa, 2012).

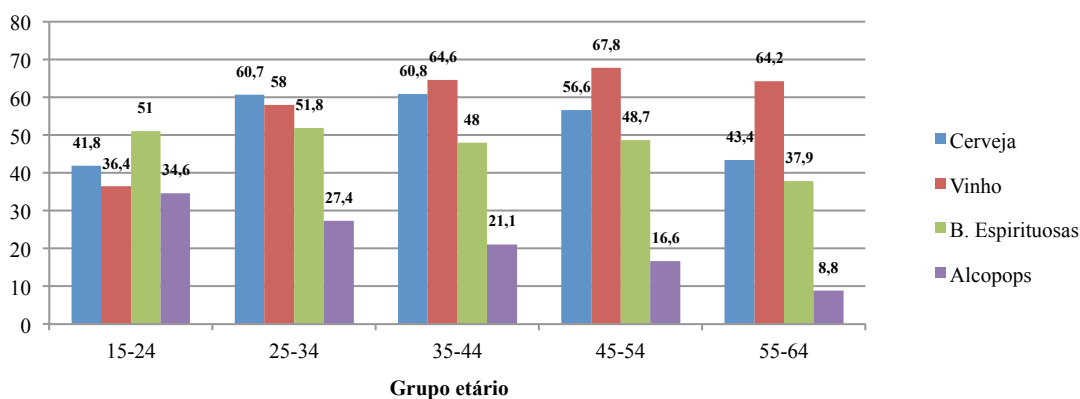
²⁵ Os *alcopops* são bebidas frutadas com baixo teor alcoólico (Balsa, 2011).

Gráfico 17
Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas (em percentagem) no último ano, em Portugal nos anos 2001 e 2007 (Balsa, 2011).



Relativamente ao tipo de bebida mais consumida por grupo de idade (gráfico 18), podemos verificar que o grupo dos mais jovens (15 aos 24 anos) prefere as bebidas espirituosas, registando-se também neste grupo as prevalências mais altas de consumo de *alcopops*. Já o grupo dos mais velhos (45 aos 64 anos) escolhe o vinho como bebida preferencial. Neste grupo as bebidas mais frutadas (*alcopops*) têm prevalências muito baixas quando comparadas com os outros grupos etários.

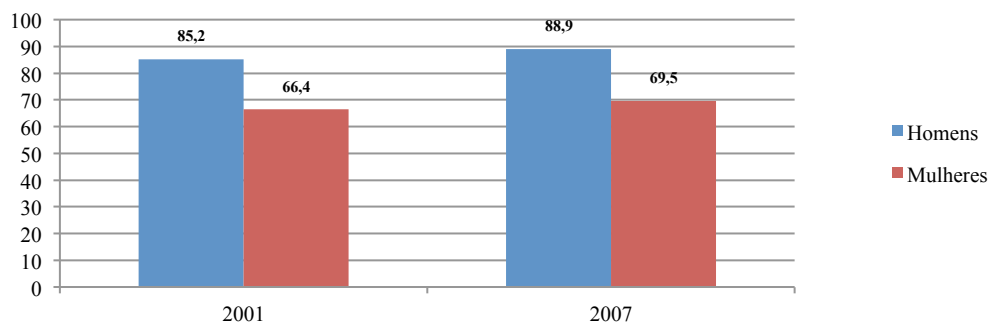
Gráfico 18
Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas, no último ano (2007), por grupos de idade (Balsa, 2011).



As prevalências do consumo de bebidas alcoólicas difere claramente quando comparados mulheres e homens (gráfico 19). Atendendo ao consumo ao longo da vida, e à semelhança do já verificado em 2001, o consumo masculino é superior ao feminino independentemente do grupo etário considerado (Balsa, 2011).

Gráfico 19

Prevalência do consumo de bebidas alcoólicas, ao longo da vida, por género em 2001 e 2007 (Balsa, 2011).



Sumariamente, e no que concerne às diferenças de género, confirma-se que o consumo de bebidas alcoólicas é maioritariamente masculino, com uma proporção de 100 para 80 ao longo da vida, mantendo-se esta diferença mais ou menos estável ao longo dos diferentes grupos etários. Contudo verifica-se uma tendência crescente do consumo entre as mulheres a partir de 2007 (Balsa, 2011).

Comparativamente ao ano de 2001 a taxa de continuidade aumentou dois pontos percentuais (para 89%), para todos os grupos etários, mas permanecendo o grupo dos 15 aos 34 anos como o que mais mantém consumos após a primeira experiência (Balsa, 2011).

Consumo nocivo - embriaguez

A embriaguez não é prática comum ou generalizada dos consumidores portugueses (79% nunca ficou embriagado no último ano independentemente da sua frequência de consumo), apenas 17% referiu entre 1 a 5 episódios de embriaguez no último ano e 7% no último mês. Contudo, a frequência superior a 5 episódios de embriaguez já apresenta valores de 3% para o último ano e de 0,5% para o último mês. Constatando-se um aumento (mais 6%) da proporção de população que experienciou situações de embriaguez no decorrer do último ano e manteve-se a mesma proporção relativamente ao último mês (8%), comparativamente a 2001 (Balsa, 2011).

Apesar da taxa de consumo *per capita* ser alta, em Portugal a percentagem de consumidores que refere não ter experienciado consequências derivadas do seu consumo é bastante elevada (80%), dados que sustentam a classificação do consumo da OMS acima descrita, colocando Portugal num nível baixo de risco (WHO, 2011). De

acordo com o Segundo Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral (2007), a prevalência do consumo em Portugal ao longo da vida é de 79%, e destes, 1,3% apresenta atualmente sintomas de dependência e 5,2% já passou por sintomas de dependência há mais de 12 meses (Balsa, 2011).

Relativamente ao tratamento dos PLA, no primeiro semestre de 2012 existiam 3779 pessoas em consulta nos vários serviços de atendimento da Delegação Regional do Norte do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (dados extraídos do Sistema de Informação Multidisciplinar, IDT, I.P.), destes 76% eram do sexo masculino e 24% do feminino, e a média de idades do total de utentes era de 48,2 anos.

Em termos de morbilidade e mortalidade associada, a doença crónica do fígado e a cirrose são a nona causa de morte em Portugal, representado a cirrose alcoólica 24% dessas mortes (Eurotrials , 2005).

Em Portugal a mortalidade relacionada com o consumo de álcool tem vindo a decrescer desde 1980. Em 2000, registou-se o valor mais baixo (66 óbitos/100 000 hab.) e em 1981, o valor máximo (176 óbitos/100 000 hab.). Em 1980, a mortalidade era duas vezes superior à registada no ano 2002 (Eurotrials , 2005).

Analisando as diferenças entre os dois sexos, verifica-se que a mortalidade por doenças relacionadas com o consumo de álcool no sexo masculino é aproximadamente três vezes superior à registada no sexo feminino (Eurotrials , 2005).

Em jeito de conclusão podemos perceber que os dados previamente apresentados demonstram que, apesar do consumo de álcool em Portugal ser considerado pela OMS de baixo risco, a quantidade de álcool consumido no nosso País coloca-nos no *ranking* do *Top Ten* dos maiores consumidores do mundo. O tipo de bebida mais consumida transparece a tradição vitivinícola de Portugal, assim como a culturalidade deste consumo espelhando uma possível desvalorização do seu real impacto na vida e saúde dos Portugueses. Na realidade, o facto de sabermos que o consumo de álcool representa o terceiro maior fator de risco de doença (entre as quais se destacam as associadas aos comportamentos de risco), o consumo *per capita* tão elevado entre a população portuguesa, faz-nos questionar se realmente podemos considerar que o padrão de consumo no nosso País é de baixo risco. A acrescentar a isto, a escassez de conhecimento relativamente à percentagem de doenças sexualmente transmissíveis, especialmente o VIH/SIDA, associadas ao consumo de álcool, aumenta a nossa dúvida.

2.3. Diagnóstico, tratamento e terapêuticas

A abordagem clínica do consumo de substâncias lícitas e ilícitas reveste-se de características particulares de acordo com a substância em causa. Apesar de todas as substâncias psicoativas acarretarem um potencial aditivo, ou seja, de acordo com o padrão de consumo podem provocar dependência, isto não significa que podemos entendê-las a todas da mesma forma. Portanto, a intervenção no consumo é diferenciada, quer seja de acordo com a substância, quer tendo em conta o contexto e a pessoa que consome. Contudo, não nos iremos alongar no ponto que agora iniciamos sobre o diagnóstico, tratamento e terapêuticas. A decisão da sua inclusão nesta dissertação prende-se com a necessidade de um enquadramento geral e sucinto da realidade portuguesa concernente a esta matéria.

No que diz respeito ao diagnóstico, apesar de existirem várias classificações, tanto das substâncias em si, como dos problemas associados ao seu consumo, o diagnóstico mais comum baseia-se no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais [DSM] (American Psychiatric Association [APA], 2002), por se tratar de uma abordagem atórica e que apresenta critérios de diagnóstico bem estruturados. Contudo, não podemos deixar de referir que as sucessivas revisões do DSM foram apresentando classificações diferentes para os consumos. Na versão atual (quinta revisão), a noção de abuso e dependência desaparece, dando lugar a uma única denominação de “Perturbação relacionada com o uso de substâncias” com subclassificações de ligeira, moderada ou grave. Contudo, a classificação que iremos apresentar será a de “dependência” da revisão anterior do DSM (o DSM-IV-TR), na medida em que quando iniciamos os estudos que iremos apresentar na parte prática desta tese, a revisão atual do DSM ainda não estava disponível, pelo que a seleção das amostras foi efetuada de acordo com os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002). Como no DSM-IV-TR (APA, 2002) os critérios de dependência não diferenciam as substâncias, optamos por apresentar o diagnóstico de ambas as substâncias (álcool e substâncias ilícitas) em conjunto, já que os critérios são os mesmos. A apresentação das questões relativas ao tratamento e terapêuticas é que seguirá o esquema anterior - primeiro abordaremos o tratamento e terapêuticas das substâncias ilícitas e seguidamente do álcool.

Deste modo, de acordo com os critérios do DSM-IV-TR (APA, 2002) a Dependência de Substâncias implica um padrão de consumo desadaptativo e recorrente que provoca sofrimento ou défice clinicamente significativo, e é caracterizada pela existência de tolerância, pela manifestação da abstinência, pela falta de controle, pela centralidade e saliência da substância, ou seja, pelo tempo despendido na sua obtenção, consumo ou recuperação dos efeitos, pela perda ou diminuição da participação noutras atividades sociais devido ao uso da substância e pela continuidade dos consumos apesar da existência de problemas associados, seja ao nível físico ou psicológico.

Como pudemos aferir com a leitura dos dados epidemiológicos sobre os consumos de substâncias ilícitas em Portugal, a heroína não é a substância mais consumida no nosso país. Contudo, as estruturas de tratamento, assim como as terapêuticas estão, a nível nacional, essencialmente dirigidas para os consumidores de heroína, pelo que iremos apenas debruçar-nos sobre esta substância.

É possível encontrar opções tratamento da dependência da heroína em Portugal, tanto ao nível público como privado. As estruturas públicas estão atualmente sob a tutela das Administrações Regionais de Saúde (ARS), encontrando-se divididas por vários Centros de Respostas Integradas (CRI). Por sua vez, os CRI detêm várias equipas de tratamento (ET) descentralizadas de forma a abrangerem o maior número de pessoas possível. Nos CRI, como nas ET os planos de tratamento variam de acordo com o caso específico e estão disponíveis modalidades em regime ambulatorio, de desabilitação (internamento com duração de 15 dias aproximadamente) e de internamento em comunidade terapêutica (de 6 a 12 meses). Em termos de plano terapêutico, o maior objetivo será a abstinência do consumo, no entanto, a redução de risco e a minimização de danos é um vetor de atuação sempre presente. Este, contempla o método ADR de aconselhamento e deteção do VIH/SIDA (em sistema *opt out*, ou seja, é aplicado a todos os novos utentes salvo a sua recusa) e o programa de troca de seringas. Relativamente às terapêuticas predomina o Programa Terapêutico com Agonistas Opiáceos (PTAO) que visa que o uso de heroína, seja substituído pela administração de um fármaco opióide de prescrição médica, agonista total ou parcial (eg. metadona ou buprenorfina), preferencialmente durante um período de um a três anos (Grupo de trabalho para programas terapêuticos com agonistas opiáceos, 2006).

Relativamente à dependência do álcool, o tratamento também se encontra disponível em estruturas públicas e privadas. Relativamente aos serviços públicos, a

intervenção com esta população decorre de acordo com a Rede de Referência Alcoológica Nacional. A rede de referência é um “*sistema que regula as relações de complementaridade e apoio técnico entre as instituições, de forma a garantir o acesso dos doentes aos serviços e instituições prestadoras dos cuidados de saúde que delas necessitem*” (Direcção-Geral da Saúde, 1998, como citado em Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P., 2011, p.4). Desta forma, a prestação dos cuidados às pessoas com problemas ligados ao álcool (PLA) é efetuada de acordo com uma hierarquia de especialização. Assim, os cuidados de saúde primários são a primeira linha de intervenção e cabe-lhes a deteção, avaliação e diagnóstico dos PLA. No caso de determinação de um diagnóstico de dependência os utentes serão referenciados para níveis de cuidados mais diferenciados em função da gravidade da dependência alcoólica, da existência de comorbilidade associada e de limitações familiares e sociais importantes (IDT, 2011). No caso do diagnóstico ser de dependência de álcool moderada, a referência deverá ser feita para os CRI (Centros de Respostas Integradas da ARS respetiva). Se o diagnóstico for de dependência grave, a referência deverá ser para as Unidades de Alcoologia (UA). Nas UA o tratamento pode ser efetuado em regime de ambulatório por equipa multidisciplinar (médico, psicólogo, assistente social e enfermeiro) e em regime de internamento parcial ou total. Estando estes dois últimos direcionados quase exclusivamente para a desintoxicação, o programa tem uma duração média de duas semanas. Ao nível das terapêuticas, os esquemas de prescrição variam de acordo com cada caso. No entanto, ao nível dos grupos farmacológicos mais prescritos, encontram-se os neurolépticos (no caso de desintoxicação, para alívio dos sintomas de abstinência), os antidepressivos, os ansiolíticos e os adjuvantes do tratamento da dependência de álcool como é o caso do dissulfiram.

2.4. Enquadramento político/jurídico do consumo de substâncias

O desenvolvimento deste ponto comporta a abordagem distinta da rede de suporte e enquadramento político/legal dos consumos, quer de substâncias consideradas drogas ilícitas, quer da substância lícita mais consumida no mundo e com igual poder aditivo que é o álcool. Para simplificação da leitura consideramos a abordagem distinta entre drogas ilícitas e lícitas mas cumprindo para ambas as condições, de primeiro

apresentar uma contextualização europeia seguindo-se a descrição da situação em Portugal.

2.4.1. Enquadramento político/Jurídico das drogas ilícitas na Europa

“As drogas ilícitas são uma das principais preocupações dos cidadãos da Europa e constituem uma grave ameaça à segurança e à saúde da sociedade europeia e também uma ameaça para as condições de vida em todo o mundo.” (Resolução de Conselho de Ministros [RCM], 2006, p. 6835).

Tendo o fenómeno da produção, tráfico, e consumo de substâncias ilícitas assumido as dimensões que tem a nível Mundial, em Dezembro de 2004, a Comissão Europeia aprovou por unanimidade a Estratégia da UE de Luta contra a Droga para o período de 2005 a 2012 (Documento de trabalho dos serviços da Comissão—Relatório da avaliação final do Plano de Ação da UE de Luta contra a Droga (2005-2008) (Gesaworld SA, 2013), visando um elevado nível de proteção, de bem-estar e de coesão social por meio da prevenção e da redução do consumo de drogas. Este documento reflete uma dimensão política que transcende a unicidade nacional dos membros da União Europeia e assegura que todos os todos Estados-Membros subscrevem os mesmos princípios básicos, adotando uma abordagem equilibrada para a redução da oferta e da procura de drogas assente nos princípios fundamentais de direito da UE e reforçando os valores fundadores da União: respeito pela dignidade da pessoa humana, liberdade, democracia, igualdade, solidariedade, Estado de direito e direitos humanos (Jornal Oficial da União Europeia, 2008).

A avaliação da primeira parte da implementação das estratégias desenvolvidas entre 2005 e 2008 no âmbito do Plano de Acção da UE em matéria de Luta contra a Droga (2009-2012) veio confirmar uma série de condições que passamos a sintetizar:

1. Na UE, o consumo de substâncias psicoativas é de nível elevado, apesar de variações observadas nas tendências para o uso de várias substâncias. Temos assim, em declínio ou estabilizado, o consumo de heroína, canábis e drogas sintéticas, em simultâneo com o aumento do da cocaína em alguns Estados-Membros. A estimativa do número total de pessoas que em algum momento da

sua vida consumiram drogas na UE (prevalência ao longo da vida) ronda os 70 milhões no caso da canábis, os 12 milhões no da cocaína, 9,5 milhões para o *ecstasy* e 11 milhões para as anfetaminas, aos quais se acrescentam cerca de 500.000 europeus em tratamento de substituição opiácea (Relatório anual do OEDT, 2007 como citado no Jornal Europeu, 2008);

2. A análise comparativa com países como, por exemplo, o Estados Unidos da América revela que o consumo de canábis, cocaína e anfetaminas é significativamente mais baixo na União Europeia do que nos EUA. Idêntica constatação pode ser feita quanto ao número de casos notificados de transmissão do VIH ligados à injeção de drogas;
3. Em termos políticos, as linhas orientadoras de combate à droga dos Estados-Membros são mais convergentes, traduzindo uma tendência para consolidar as políticas de cada nação através de Planos de Ação;
4. Em termos globais, há indicadores de que as estratégias da UE têm tido como resultado, pelo menos, a contenção do consumo alargado e excessivo de drogas pela população, ao mesmo tempo que se regista uma intensificação do número de medidas aprovadas para lidar com os danos provocados pelas drogas em termos sociais, apesar da produção mundial ilícita de ópio ter disparado no período de avaliação, e do registo de tráfico de cocaína ter sido tal que não tem precedentes na UE.
5. Em termos de cooperação internacional, a avaliação realizada considera ser mais efetiva a coordenação das posições da UE em fóruns internacionais sobre a droga, como a Comissão dos Estupefacientes das Nações Unidas (CND), com contributos que refletem uma posição, em matéria de estupefacientes, integrada e equilibrada, que serve cada vez mais de modelo a outros países do mundo.

Com este pano de fundo Plano de Ação da UE em matéria de Luta contra a Droga (2009-2012) (Jornal Oficial da União Europeia, 2008) apresentam-se como prioridades as seguintes diretrizes:

1. Melhorar a coordenação e a cooperação e sensibilizar os cidadãos – através do reforço da coordenação e da cooperação na luta antidroga, tanto a nível europeu como no plano nacional, para que o desenho das políticas antidroga possa

- responder ao anseio dos vários agentes envolvidos, permitindo ao mesmo tempo uma interação produtiva com as estruturas políticas;
2. Redução da procura— através do aumento da eficácia das medidas de redução do consumo de droga e das suas consequências, melhorando a capacidade, a qualidade e a eficácia das intervenções de redução da procura, nas vertentes de prevenção, tratamento e redução dos danos, dirigindo especial atenção aos grupos vulneráveis e prevenindo o policonsumo de drogas (consumo combinado de substâncias ilícitas e substâncias lícitas como o álcool, as substâncias voláteis e o tabaco).
 3. Redução da oferta – através de medidas mais eficazes a nível da UE para obrigar a cumprir a lei, a fim de combater a produção e o tráfico de droga, utilizando plenamente as capacidades da Europol e de outras estruturas da UE.
 4. Aumentar a cooperação internacional - através de maior coordenação entre as políticas nacionais e comunitárias neste domínio visando uma «abordagem equilibrada» — e salientando que o cultivo ilícito de drogas é uma componente importante da oferta de droga.
 5. Melhor compreensão do problema – pelo que é necessário aumentar os conhecimentos acerca de todas as implicações do consumo de drogas através de mais e melhor investigação coordenada e de dados, incluindo dados sobre os crimes ligados à droga e sobre o modo de funcionamento do mercado de oferta de drogas ilícitas.

2.4.2. Enquadramento político/jurídico das drogas em Portugal

“O consumo e tráfico de drogas em Portugal têm vindo a apresentar, ao longo dos últimos anos, mutações mais ou menos perceptíveis. Ressaltam de entre estas a alteração do perfil dos consumidores e dos padrões de consumo, a diversidade de oferta de substâncias e, inclusivamente, a própria perceção social do fenómeno e a respetiva mudança de paradigma”. (IDT, 2010, p. 1).

Apesar de encontramos datadas de 1924 e 1926 as primeiras referências jurídicas relacionadas com as drogas (ver anexo I), estas cingiam-se à regularização de conceitos como os de estupefacientes, tráfico e consumo, refletindo o reduzido impacto que o fenómeno tinha na sociedade de então. Inicialmente a toxicod dependência estava

associada à delinquência, associação esta patente na Lei da Droga de 1970 (Decreto-Lei n.º 420/70, a 3 de Setembro de 1970), que espelhava uma perspetiva criminalizadora, resultante, segundo Dias (s/d) de um “conjunto de posições políticas expressão de profundas mudanças político-históricas, económicas e sociais da sociedade portuguesa, da evolução do sistema de direito nacional e da organização político-social”.

Dias (2007) divide a dinâmica legislativa concernente à droga em quatro períodos distintos, a partir de 1970, que passamos a descrever sumariamente:

1º - Resistências de um modelo Criminal: 1970 – 1974

Corresponde a uma abordagem que a autora considera de análise do problema da droga como causador de desordem social, e está plasmada nos conteúdos do Decreto-Lei n.º 420/70, de 3 de Setembro, já acima referido.

Costa (2007) ressalta neste mesmo período a ocorrência, em 1973, de um importante debate na Assembleia nacional sobre o tema da “Toxicomania”, que o autor considera revelar a atenção que a maioria dos deputados devotava já na altura “aos diversos acontecimentos nacionais e internacionais acerca dos problemas relacionados com a luta e o combate à droga” (p. 189). Desta discussão parlamentar resultou a aprovação de uma moção que defendia a equiparação da toxicomania com a doença, e conseqüentemente a necessidade de acompanhamento clínico. Da moção acima referida retira-se uma posição muito clara dos deputados: “o toxicodependente é um doente. Delinquente é o traficante” (p. 199).

2º- Institucionalização do poder segundo um modelo Clínico Psicossocial: 1975-1982

Este período, para a autora (Costa, 2007), corresponde a uma perspetiva clínico-policia, na medida em que consagrava duas abordagens distintas: a vertente preventiva e o tratamento médico social, por um lado, e a intervenção repressiva e de fiscalização do tráfico ilícito de drogas, por outro. São datadas deste período as alterações das estruturas de resposta aos problemas dos estupefacientes que deram origem ao CEPD - Centro de Estudos e Profilaxia da Droga (em substituição do CEJ - Centro de Estudos da Juventude) e ao CICD – Centro de Investigação e Controle da Droga (em

substituição do CIJD – Centro de Investigação Judiciária da Droga). Parece-nos interessante assinalar a Influência da Agência Norte-americana de repressão da droga, a *Drug Enforcement Administration (DEA)*, que, de acordo com Costa (2007) foi responsável pela formação dos agentes portugueses do CICD, e fonte de diverso apoio logístico e financeiro entre 1976 e 1982, facilitando a homogeneização do discurso político português com o que vigorava nos EUA, sob a forma de cruzada ou guerra santa contra os estupefacientes.

Integram-se também neste intervalo de tempo, a criação de várias respostas de tratamento até então inexistentes, Comunidades Terapêuticas (TC) no Centro e Sul, desenvolvimento do programa de tratamento com opiáceo de substituição, no Porto. Ainda de acordo com Dias (2007), os anos 80 assistem ao surgimento das políticas em termos de redução de risco e minimização de danos “com o intuito de prevenir o risco de propagação de doenças infecto-contagiosas” (p.5), que todavia só se consolidaram nos anos 90 com o projeto “STOP SIDA”, e com o programa inovador “Diz não a uma seringa em segunda mão”.

3º - O modelo biopsicossocial como referência dominante: 1983-1999

A produção internacional em matéria de droga, nomeadamente nas convenções internacionais criou a necessidade de atualizar a legislação portuguesa, que publica uma nova Lei da Droga (decreto lei nº 430/83, de 13 de Dezembro) “fomentando uma perspetiva clínica e ressocializadora relativa ao consumo de drogas e uma forte repressão respeitante ao tráfico” (Dias, s/d, p.6). É o tempo do surgimento do Projeto Vida, do Centro das Taipas, e dos Centros de Atendimento a Toxicodependentes (CAT), enquanto centros especializados na prevenção, tratamento, e reinserção social do indivíduo com problemas de substâncias ilícitas. Simultaneamente surgem regras mais exigentes para a criação de respostas em unidades de tratamento privadas. Nasce em 1999 o IPDT (Instituto Português da Droga e da Toxicodependência) que assume uma perspetiva mais preventiva e ressocializadora, e estabelece a ligação com o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT) que tem hoje Presidência portuguesa. É igualmente neste ano aprovada a primeira Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (RCM nº 46/99 de 26 de Maio). Costa (2007) sublinha que no período de 1976 a 2000 as decisões em matéria de política de droga foram da exclusiva iniciativa e responsabilidade dos governos, refletindo o que ao autor denomina como

“desvalorização da Assembleia da República”.

4º - O modelo de descriminalização do consumo de Drogas: 2000 – 2010

Em 2000, “foi aprovado no Conselho europeu, o Plano de Ação da União Europeia Contra as drogas, completando as orientações produzidas pela Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (ENLCD), e pelo programa do XIV Governo Constitucional, em matéria de drogas e toxicodependências (Dias, s/d, p. 10). Em 29 de Novembro de 2000, a Assembleia da República, aprovou por maioria de votos, a Lei n.º30/2000, que finaliza a criminalização do consumo de estupefacientes em Portugal. Na sua génese esteve o resultado do trabalho de uma comissão de peritos reunida para o efeito, surge o relatório que refletia a informação que se pretendia ser de base à Estratégia Nacional de Combate à Droga (Presidência do Conselho de Ministros, 1999), de cujos conteúdos sobressaem a exclusão dos cenários de liberalização e de regulação do comércio de drogas (Valente, 2002 como citado em Dias, s/d).

Citando Dias (s/d) *“A evolução do fenómeno da droga veio favorecer a deslocação para uma nova abordagem implícita na aceitação de um quadro jurídico, onde o crime de consumo - previsto no artigo 40.º do Decreto-Lei, n.º 15/93, de 22 de Janeiro, como punível - parece assumir nova intenção legislativa, assente na descriminalização do consumo de drogas, já prevista na Estratégia Nacional. Este intuito evidenciou-se na aprovação da Lei n.º 30/2000, de 29 de Novembro que definiu o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica e, posteriormente, no Decreto-Lei n.º 130-A/2001, de 23 de Abril que permitiu deixar de se considerar crime o consumo de droga, a aquisição e a posse para consumo próprio.”* (p.11). Resumidamente, as modificações introduzidas podem ser elencadas nos pontos que se de seguida se apresentam:

1. O consumo, aquisição e a detenção para consumo próprio de drogas ilegais, antes considerado crime, constitui-se, agora, em contraordenação, não podendo exceder a quantidade necessária para consumo médio individual a correspondente ao período de 10 dias (artigo 2.º da Lei n.º 30/2000).
2. São definidos os limites quantitativos máximos para cada dose média individual diária das plantas, substâncias ou preparações (Tabelas I a IV anexas ao Decreto-

Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro constam da Portaria n.º 94/96, de 28 de Março). As situações em que a especificidade da quantidade da substância para consumo médio individual ultrapassa a dose recomendada, são consideradas como crime.

3. Constitui-se como crime o cultivo de substâncias psicotrópicas (artigo 28.º da Lei n.º 30/2000).

Estas alterações ao regime jurídico, em matéria de drogas, corporaliza a mudança de atitude perante o consumidor de drogas que já havia sido esboçada em 1976, adquirindo contornos mais legíveis para a consideração do toxicodependente como doente, em vez de delinquente .

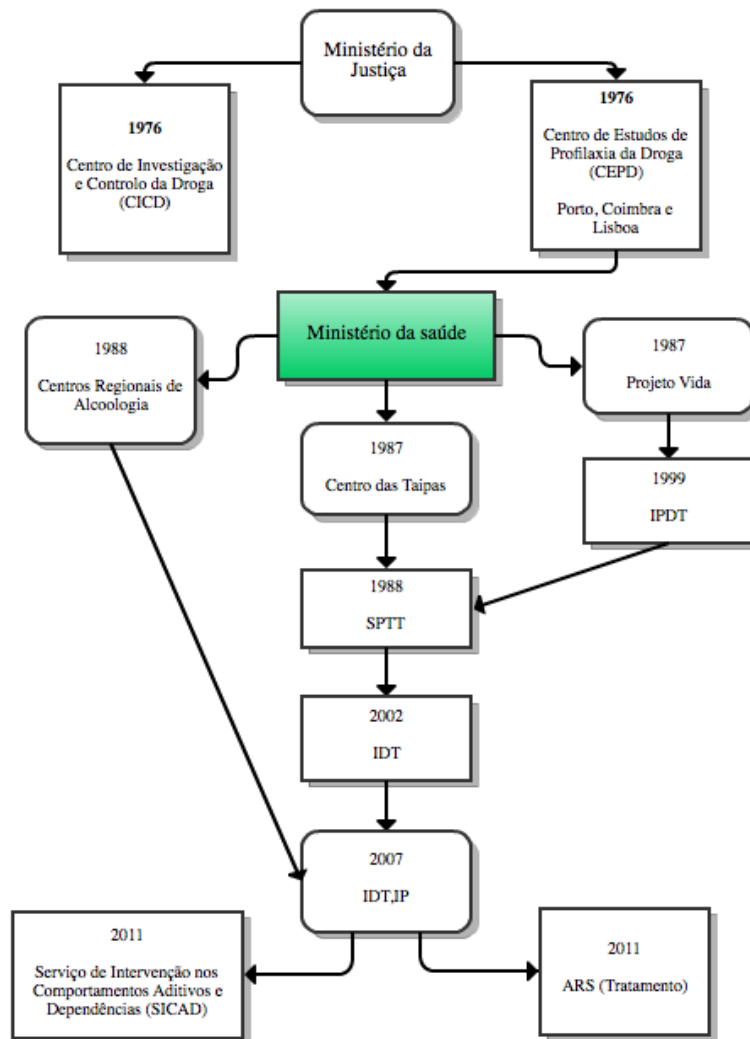
E se tanto o consumo como o tráfico sofreram evoluções através do tempo, idêntico processo se pode encontrar nas estruturas criadas para lhe dar respostas.

O fluxograma que se segue (figura 5), sumariza a evolução política/jurídica das respostas públicas aos problemas das drogas (lícitas e ilícitas), ilustrando ao mesmo tempo, a integração que foi feita em 2007 das estruturas responsáveis pela resposta nacional aos problemas ligados ao álcool (Centros Regionais de Alcoologia) no IDT.IP, através da sua extinção e transformação em Unidades de Alcoologia, em dependência direta das Delegações Regionais do IDT.IP²⁶.

A análise mais detalhada de todo este processo jurídico/político encontra-se no anexo I que contempla a listagem dos documentos e eventos mais significativos que regularam e definiram as respostas públicas aos problemas das drogas e do álcool, na linha do tempo.

²⁶ Decreto -Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro

Figura 5: Fluxograma da evolução política e jurídica das respostas públicas aos problemas das drogas (lícitas e ilícitas).



No nosso país as linhas estratégicas mais recentes no domínio das drogas ilícitas, estão plasmadas no Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012, aprovado pela Resolução de Conselho de Ministros (RCM) n.º 115/2006, de 18 de Setembro, tendo em conta os princípios estruturantes previstos na Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga, aprovada pela RCM n.º 46/99, de 22 de Abril, que “*Estabelece a intervenção da política pública contra as drogas e as toxicodependências adaptada à realidade portuguesa, enquadrando-a nas políticas*

multilateral e europeia definidas pelas convenções das Nações Unidas, pelas resoluções da Comissão dos Estupefacientes, no âmbito da política da União Europeia e no quadro dos acordos bilaterais de cooperação em vigor". (IDT, 2010, p.1).

À semelhança do realizado na União Europeia, e acima descrito, Portugal estabeleceu um Plano Estratégico Nacional para o período 2005-2012, organizado em duas fases. A primeira de 2006 a 2008, constou da implementação do Plano de Ação Contra as Drogas e as Toxicodependências também denominado Plano de Ação – Horizonte 2008 (PAH2008), após o qual se procederia à sua avaliação e subsequente desenho do Plano de Ação para o período 2009 a 2012.

Este documento estabelece as linhas de ação e os principais objetivos para o período que agora termina, e constitui o último Plano de Ação gerado no seio do Instituto Da Droga e Toxicodependência, enquanto entidade nacional de referência, com reconhecimento internacional, para a intervenção nas condutas aditivas, cuja extinção foi consagrada no Decreto -Lei n.º 124/2011, de 29 de Dezembro.²⁷ O plano nacional contra a droga e as toxicodependências para o período de 2005-2012 foi sustentado nos seis objetivos gerais da estratégia nacional de luta contra a droga apresentados em 1999 (IDT, 2005) que passamos a descrever:

1. Contribuir para uma adequada e eficaz estratégia internacional e europeia face ao problema mundial de consumo de substâncias ilícitas, nas vertentes da redução da procura e da oferta, incluindo o combate ao tráfico ilícito e ao branqueamento de capitais;
2. Assegurar uma melhor informação da sociedade portuguesa sobre o fenómeno da droga e da toxicodependência e sobre a sua evolução, bem como sobre a perigosidade das diferentes drogas, numa perspetiva de prevenção;
3. Reduzir o consumo de drogas, sobretudo entre os mais jovens;
4. Garantir os meios necessários para o tratamento e a reinserção social dos toxicodependentes;
5. Defender a saúde pública e a segurança de pessoas e bens;

²⁷ No quadro das orientações definidas pelo Plano de Redução e Melhoria da Administração Central (PREMAC) e dos objetivos do Programa do XIX Governo Constitucional no tocante ao Compromisso Eficiência foi aprovada, pelo Decreto -Lei n.º 124/2011, de 29 de dezembro, a nova orgânica do Ministério da Saúde, que consagrou a extinção do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. (IDT, I. P.), sendo as suas atribuições integradas no Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), nas Administrações Regionais de Saúde, I. P. (ARS, I. P.), e na Inspeção -Geral das Atividades em Saúde (IGAS);

6. Reprimir o tráfico ilícito de drogas e o branqueamento de capitais.

Metodológica e estruturalmente o plano está concebido numa lógica de seis Eixos que se subdividem em vetores, para os quais são definidos objetivos gerais com indicação das respetivas prioridades (IDT, 2010) que sumariamente elencamos:

1. Eixos contemplando Áreas Transversais:
 - a. Coordenação
 - b. Cooperação internacional
 - c. Informação, investigação e formação e avaliação
 - d. Reordenamento jurídico
2. Eixos relativos a Áreas de Missão:
 - e. Redução da procura
 - i. Prevenção
 - ii. Dissuasão
 - iii. Redução de Riscos e Minimização de Danos
 - iv. Tratamento
 - v. Reinserção
 - f. Redução da oferta

Não caberá no âmbito deste capítulo o desenvolvimento dos múltiplos objetivos que corporalizam as prioridades em matéria de drogas e toxicod dependência, mas parece-nos interessante deixar expressa a abrangência contemplada no documento que serviu de base à intervenção nos sete anos que agora terminam.

Em termos de futuro, podemos afirmar que o tempo é de incerteza, face ao término do período de implementação do plano 2005-2012, e à reorganização política da orgânica do ministério da Saúde que extinguiu o IDT.IP em 2012, distribuindo as suas competências por três estruturas diferentes (SICAD e ARS).

2.4.3. Enquadramento político/jurídico do álcool na Europa

A OMS, no documento que define o Plano Europeu para redução dos danos associados ao uso de álcool para o período 2012-2020 (WHO, 2011), reconhece o álcool como uma das três principais prioridades na saúde pública mundial. Apesar de apenas 50% da população mundial ser consumidora de álcool, este é a terceira causa de doença e morte prematura, a seguir ao baixo peso à nascença, e à prática de sexo desprotegido

(para a qual é considerado fator de risco), e adquirindo maior relevância que o tabaco (WHO, 2011; Anderson, Møller, & Galea, 2012).

Estamos pois, perante uma substância, que sendo lícita, fonte de rendimentos para o produto interno bruto, e passível de consumos de baixo risco, se revela mais deletéria que os estupefacientes, normalmente denominados como drogas ilícitas.

Parece-nos óbvio que as condições acima referidas, e inerentes à licitude do álcool, tornam as consequências do seu uso nocivo alvos de intervenção diferentes, daquelas que urgem para o domínio das drogas ilícitas.

No que se refere à política Europeia direcionada para o Álcool e para os problemas a esta substância ligados, encontramos uma avaliação das iniciativas que vêm sendo desenvolvidas nos últimos anos no Relatório da situação da Europa sobre álcool e saúde, apresentado em 2011, pela OMS, e levado a cabo como ação conjunta entre a Comunidade Europeia e a OMS²⁸.

Apesar do reconhecimento da extensa atividade para reduzir os danos do uso de álcool, a análise da situação, em 31 de Dezembro de 2010, nos 29 países da Europa avaliados, aponta para a manutenção de uma grande necessidade de melhoria, tendo em linha de conta que, à data:

1. Quatro em cada dez países não tinham uma política nacional para o álcool em formato de documento escrito e apenas seis em cada dez produziam relatórios de monitorização da situação de forma regular;
2. Dos 27 estados membros que adotaram uma política nacional, dois terços fizeram-no apenas desde 2005, data da promulgação da Resolução sobre o Álcool do Comité Regional Europeu da OMS (Regional Committee for Europe, 2011);
3. Apesar da maioria dos países terem implementado medidas de consciencialização nacional para os problemas ligados ao álcool, e desenvolvido ações efetivas no domínio da condução sob efeito do consumo, no que respeita a políticas mais “*cost-effective*” o cenário mantém-se pouco encorajador: um

²⁸ Os resultados são fruto de um inquérito realizado em maio de 2011, dirigido aos países parceiros da OMS e aos representantes nacionais no Comité Europeu para a Ação e Política do álcool. A informação reporta a 31 de Dezembro de 2010, e cobre a participação dos membros da UE, bem como da Noruega e Suíça, enquanto membros de participação regular no acima referido Comité, perfazendo 29 países respondentes.

número significativo de países não tem restrições à publicidade a bebidas alcoólicas, e em geral as restrições à disponibilidade são escassas, como transparece na constatação de que num terço dos países, os jovens com menos de 18 anos;

4. Na mesma linha, a taxação das bebidas, em geral, é reduzida, na proporção do preço que chega ao consumidor, e nos últimos 5 anos, em cerca de metade dos países, os preços, estabilizaram ou desceram.

Em suma, as políticas relacionadas com o álcool, não refletem, até ao momento a gravidade dos problemas sociais, de saúde e económicos que o consumo desta substância lícita suscita, padecendo de limitações no seu enquadramento nas estratégias de saúde, sociais e de desenvolvimento global dos países, e refletindo a ausência de coerência política entre os vários agentes em jogo: departamentos governamentais, agentes económicos, agentes jurídicos, técnicos no terreno, entre outros (WHO, 2011).

Peter Anderson e Lars Møller (2012) resumizam o impacto do álcool como sendo não apenas um problema de saúde, como também um tema vital para a economia e para a produtividade. Apresentam-no como uma limitação à segurança individual (dada a sua associação como fator causal a ferimentos intencionais e não intencionais, à violência, ao suicídio, homicídio, crime e mortalidade na condução, ao comportamento sexual de risco, às infeções sexualmente transmissíveis e concretamente à infeção pelo VIH), e como limitação do capital humano (dados a sua interferência na performance educacional, bem como o potencial que tem de aumento do risco de desemprego pelo absentismo que pode provocar).

A relação entre consumo de álcool e prejuízo de saúde, é provavelmente aquela que com mais facilidade se estabelece, se tivermos em linha de conta as suas características de substância promotora de dependência, como imunodepressor, carcinogénico, entre muitas outras, mas uma abordagem holística pressupõe uma visão que ultrapasse esta dimensão.

A dimensão política que urge homogeneizar, com vista a uma resposta eficaz, e tendo em linha a experiência diferenciada de alguns países membros, transparece nas linhas que definem as orientações para uma política futura emanadas da CE, e que passamos a descrever sumariamente, baseados no Plano Europeu para redução do

consumo nocivo de álcool emitido pelo Gabinete Europeu da OMS (Regional Committee for Europe, 2011; WHO, 2011).

Em termos de medidas globais é sugerida a integração das políticas do álcool no âmbito das políticas económicas e de segurança social, bem como a ação conjunta entre os diversos departamentos governamentais, como formas de desenvolvimento e promoção de ganhos da sociedade no seu todo. Nesta mesma linha surge a proposta de maior coerência e envolvimento dos agentes públicos e privados nas respostas aos problemas ligados ao álcool.

Numa linha mais concreta dirigida à saúde e aos estilos de vida saudáveis, o plano recomenda a integração das medidas políticas relativas ao álcool em todas as ações promotoras da saúde, com o intuito de reduzir o peso das doenças em geral, mas sublinhando as de notificação obrigatória. Aponta ainda a provisão de incentivos para que os indivíduos e famílias façam escolhas mais saudáveis no que ao álcool concerne.

O texto do plano reconhece que indivíduos, comunidades, organizações locais sociais e de saúde, organizações não governamentais (ONGs), a indústria do álcool, bem como o governo, têm um papel na implementação de políticas e programas que, tendo em conta a procura, e a função que o álcool pode ter na vida das sociedades, possam dar respostas aos problemas por esta substância provocados nos vários níveis dessas mesmas sociedades.

Os objetivos que decorrem destes princípios para o futuro em termos de política europeia para o Álcool, e que constam do Plano de Ação Europeu 2012-2020 são os cinco que se seguem:

- Aumentar a consciência da magnitude e da natureza, dos encargos sociais, da saúde, sociais e económicos do uso nocivo do álcool e promover o maior compromisso dos governos para enfrentar os custos;
- Reforçar e divulgar a base de conhecimentos sobre a amplitude e determinantes dos danos relacionados com o uso nocivo do álcool, bem como sobre as intervenções efetivas para prevenir e reduzir esses danos;
- Aumentar o apoio técnico para incrementar a capacidade dos Estados-Membros para reduzir os danos causados pelo álcool, bem como a gestão e tratamento dos distúrbios e doenças associados ao álcool;

- Fortalecer parcerias e melhorar a coordenação entre as partes interessadas e aumentar a mobilização de recursos necessários para uma ação concertada para reduzir o uso nocivo do álcool;
- Melhorar os sistemas de monitorização e vigilância no nível regional, nacional e europeu e assegurar a divulgação e aplicação das informações para uma política de desenvolvimento e avaliação mais eficazes.

2.4.4. Enquadramento político/jurídico do álcool em Portugal

A situação nacional, no que aos problemas ligados ao Álcool diz respeito, e as respetivas respostas jurídico-políticas, refletem a necessidade sentida a nível internacional e em particular pela Europa de minorar a dimensão que estes problemas assumem. Nesse sentido, Portugal, como Estado Membro, mantém-se atualizado quanto às diretrizes emanadas pela CE, em 2006 (Council of the European Union, 2006), e em 2012 com as recomendações para o Plano de Ação Europeu (WHO, 2011).

Retrospetivamente, e se nos cingirmos ao período do Estado Novo, deparamo-nos com uma abordagem moral e criminal do alcoolismo. O regime de então integrava no mesmo plano “*maus costumes de certas classes da população da cidade: ofensas corporais desobediência, embriaguez, difamação, calúnia e injúria, ultraje à moral pública, vadiagem, mendicidade e ameaças*”, condições para as quais dispunha de prontas respostas legais, policiais e prisionais (Fatela, 1989).

Bastos (1997) na sua obra *O estado Novo e os seus vadios*, regista que “*A perigosidade social do alcoólico, tal como do vadio (e seus afins) excedendo em muito a sua predisposição para atos criminosos, era definida, simultaneamente pela ameaça de contaminação biológica e moral dos respetivos descendentes, e por extensão, da família e da raça portuguesas*” (p. 250), pelo que a encarceração surge como a resposta mais eficaz para limitar a propagação deste vício, considerado por Reis (1940) como fazendo parte da “*tríade das pestes contemporâneas (juntamente com a tuberculose e a sífilis)*” (Reis, 1940, como citado em Bastos, 1997, p.250).

O percurso que se seguiu não foi muito diferente do que descrevemos anteriormente para os consumos de drogas ilícitas: a transição de uma abordagem moral/criminal, foi sendo feita para um modelo de índole clínica, inicialmente com fortes vínculos à Psiquiatria. A constituição, em 1977, da Comissão de Combate ao

Alcoolismo, surge como reflexo do reconhecimento governamental da “*extrema importância que reveste o combate ao alcoolismo no nosso país, pelos aspetos graves que assume*” (despacho normativo nº 176/77, p. 2085), sendo na altura composta por três membros do Instituto de Assistência Psiquiátrica, um do Instituto nacional de Saúde, e outro da secretaria de Estado da Segurança Social. São então criadas algumas referências que corporalizam a preocupação oficial com o álcool, em ações pontuais, como o estabelecimento do dia 14 de Fevereiro como Dia Nacional de combate antialcoolismo, celebrado, por exemplo, através da emissão de uma coleção de selos postais, em 1977, ação que seria repetida em 1982, mas associando o consumo de bebidas alcoólicas à condução (Portaria nº 876/82, DR I série, nº 215 de 16 de setembro de 1982).

Em finais da década de 80 assiste-se àquele que poderá ser considerado como o primeiro passo em direção a um compromisso político de abordagem global dos problemas ligados ao álcool: a transformação de serviços locais de tratamento sediados em unidades hospitalares psiquiátricas, em Centros Regionais de Alcoologia, respetivamente do Porto, Coimbra e Lisboa (decreto regulamentar 41/88 ed 21 de Novembro) com funções no âmbito do tratamento, da prevenção, da reabilitação da formação e da investigação no que à Alcoologia e suas áreas de abrangência dizia respeito.

Em 1999, o legislador reconhecia que, em Portugal, os PLA, embora antigos, estavam em agravamento acentuado (RCM nº 40/99), pelo que se constituiu uma comissão interministerial para analisar e integrar os múltiplos aspetos do combate ao alcoolismo, mas essencialmente para delinear um plano de ação nacional neste domínio. No ano seguinte, assistia-se ao reforço, por parte da Assembleia da República (RCM n.º 76/2000), da necessidade do Governo adotar um plano alcoológico de prevenção e combate ao alcoolismo com 11 medidas específicas, que iam do tratamento à regulamentação, passando pela divulgação e pela investigação no âmbito da alcoologia, reforço este que se viu transformado no Plano de Ação contra o Alcoolismo, em Novembro de 2000 (RCM n.º 166/2000), e de cujo texto introdutório retiramos o seguinte excerto:

“O alcoolismo é a maior toxicodependência dos Portugueses. Na estratégia de saúde, estes problemas ligados ao álcool foram inscritos como área de intervenção, com metas, objetivos e orientações de atuação definidos. Mas a amplitude e a gravidade dos problemas

ligados ao álcool (PLA), em termos de saúde pública, impõem a tomada de medidas imediatas mais amplas e eficazes, quer de educação e promoção da saúde, quer de natureza legislativa e fiscalizadora, que concorram para a redução efetiva e rápida do alcoolismo. (...) Esta proposta constitui um documento bem e amplamente fundamentado e integra um conjunto de medidas adequadas e exequíveis, articuladas ou harmonizadas com o Plano de Ação Europeu sobre o Alcool (1992-1999 e 2000-2005) da OMS — Europa e que vão no sentido das conclusões do grupo de trabalho sobre o álcool da conferência de Évora sobre «Determinantes de Saúde na União Europeia», promovida pela presidência portuguesa, em Março passado” (RCM, 2000, p.6837).

Este documento, espelha, em nossa opinião, a dimensão mais ampla que, em parte inspirada pelas diretrizes internacionais, alarga a perspetiva exclusivamente clínica, ao mesmo tempo que estabelece a ligação nunca anteriormente feita entre a dependência de álcool e o conceito de toxicodependência. Menos de um mês depois foi publicado o decreto-lei que reorganizou os Centros Regionais de Alcoologia tendo em vista a sua complementaridade com as unidades funcionais nos serviços de saúde mental e a sua articulação com o Serviço Nacional de Saúde, constituindo no seu conjunto uma rede alcoológica, e tendo como base a constatação de que, entre os países que aplicaram as recomendações do I Plano de Ação para o álcool proposto pela OMS-Europa em 1994, *“os que apresentavam índices de consumo tradicionalmente semelhantes aos verificados em Portugal, como a França, a Espanha e a Itália, têm vindo a registar uma curva de crescimento negativa. Portugal, ao não ter aplicado aquelas recomendações, que se encontram também expressas na Carta Europeia do Alcool consensualizada, em Dezembro de 1995, na Conferência de Paris, tem visto os índices de consumo aumentarem, em particular em alguns grupos populacionais mais vulneráveis, como são os jovens e as mulheres”* (Decreto-Lei 318/2000).

O acima referido Plano de Ação Contra o Alcoolismo²⁹ que delineava estratégias essenciais para a abordagem do problema, tendo em conta o contexto sociocultural do nosso país nesta matéria, e cujos princípios e fundamentos se mantêm genericamente atuais face às características do problema a nível nacional e coerente com a proposta de abordagem europeia (Referência a quem edita o plano de 2012), esteve na base do Plano Nacional de Redução dos Problemas Ligados ao Alcool atualmente em vigor (2009-2012), que pretende, antes de mais, operacionalizar a maioria das intenções explicitadas

²⁹ Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 de 29 Novembro.

no Plano de Acção contra o Alcoolismo, e cujo objetivo primordial consiste em reduzir de forma significativa o consumo nocivo de álcool entre a população e diminuir os seus efeitos perniciosos em termos sociais e de saúde. Ao mesmo tempo, pretende proporcionar um enquadramento que permita adotar uma estratégia equilibrada através de diversas ações específicas, que vão ao encontro do preconizado pela Comissão Europeia.

Muito sumariamente, e em jeito de explicitação do alargamento das preocupações políticas transpostas para o discurso do legislador, em termos de problemas ligados ao álcool, o plano nacional em vigor apresenta como áreas transversais de atuação a coordenação intersectorial nacional, a cooperação internacional, a informação, investigação, formação e a avaliação, e como áreas prioritárias de intervenção as sete que se seguem (IDT, 2011b) :

- Jovens, crianças e grávidas
- Sinistralidade Rodoviária
- Adultos e Meio Laboral
- Prevenção, Formação, Comunicação e Educação
- Sistemas de Informação e Recolha de Dados
- Tratamento
- Reinserção

Constatamos pois, a consideração dos aspetos clínicos como uma das vertentes alvo de intervenção prioritária, endereçando para dimensões de índole preventiva e de redução de danos a atenção do legislador.

Para finalizar este ponto parece-nos importante salientar que em termos legislativos e essencialmente políticos a situação de Portugal, no que respeita às substâncias psicoativas, se pode definir como em processo de integração do álcool e das drogas ilícitas numa única política, atualmente baseada em documentos reguladores distintos, emanados por uma estrutura de coordenação única, o que de acordo com Muscat, Van de Mheen e Barendregt, (2010) reflete uma alinhamento com a mudança de paradigma que considera o uso de substâncias uma preocupação de saúde, mais do que uma questão legal.

3. Pontes e cruzamentos do VIH/SIDA e dependência de substâncias

3.1. SIDA e dependência de substâncias: as duas faces da mesma moeda

Desde fases precoces da evolução da epidemia da SIDA que se soube que a sua rápida disseminação se devia essencialmente a certo tipo de comportamentos, ficando implícito que a mudança destes mesmos consistia na estratégia mais eficaz para a contenção da sua propagação. Desta forma, os cientistas comportamentais assumiam um papel de relevo na compreensão do fenómeno e na transmissão de conhecimento que se revelasse eficaz ao nível da intervenção e da prevenção da infeção pelo VIH/SIDA.

Passados mais de trinta anos da descoberta da SIDA e apesar de todos os avanços conseguidos até à data, a doença ainda não tem uma cura, nem uma vacina, permanecendo a mudança de comportamentos como a única estratégia eficaz de prevenção. A investigação comportamental levada a cabo nestes anos, constitui um importante acréscimo ao corpo de conhecimentos sobre o fenómeno da SIDA. No entanto, por se tratar do comportamento humano que é influenciado por um vasto leque de variáveis, a construção de um modelo compreensivo eficaz e global parece ser irrealista.

Contudo, alguns determinantes do comportamento têm sido apontados como preponderantes para a mudança comportamental e têm sustentado alguns dos modelos mais divulgados e aplicados na intervenção e prevenção do VIH/SIDA. Um dos conceitos que comumente surge na literatura é a perceção do risco, que emerge como componente principal de modelos como o Modelo de Crenças na Saúde (Strecher & Rosenstock, 1997) ou na Teoria da Motivação para a Proteção (Rogers, 1983). Ainda, outros determinantes do comportamento que enfatizam mais os aspetos sociais surgem com frequência como fatores de compreensão da mudança de comportamentos e que estão patentes, por exemplo, na Teoria da Acção Fundamentada (Fishbein & Ajzen, 1975), ou então, modelos de mudança comportamental sustentados em estádios motivacionais (Prochaska & DiClemente, 1983). Estes e outros modelos de compreensão serão descritos no ponto 3.5 deste capítulo.

Tendo em consideração que o aumento da incidência de infeções pelo VIH/SIDA se deve essencialmente às práticas sexuais desprotegidas e à partilha de

material de injeção, grande parte da investigação comportamental na área do VIH/SIDA tem-se centrado em tópicos específicos como o uso do preservativo, ou então tem estado mais focada em subpopulações com comportamentos de alto risco como é o caso de consumidores de drogas pela via injetada, trabalhadores(as) do sexo, homossexuais ou minorias étnicas (Catania, Gibson, Chitwood, & Coates, 1990).

É certo que o entendimento acerca da associação entre infeção pelo VIH/SIDA e consumo de substâncias remonta ao início da epidemia. Inicialmente relacionada com os consumidores de drogas pela via injetada há quem a defina como “*Twin epidemics*” (International AIDS Society, 2012), subentendendo duas realidades: por um lado a convergência das epidemias, evidenciando a íntima ligação entre estas duas problemáticas; por outro, a análise de cada uma delas como fenómeno autónomo, ou separado, demonstra que partilham algumas características, para além de ambas estarem relacionadas com os comportamentos, o grupo etário mais afetado é semelhante, correspondendo à faixa etária de jovens entre os 20 e os 40 anos. Contudo, se a injeção de drogas constituiu um fator de peso no aumento dos casos de infeção pelo VIH/SIDA, o papel do consumo de substâncias não injetáveis, como é o caso do álcool, na disseminação do VIH/SIDA é bem menos conhecido, ou pelo menos, reúne um menor consenso.

Apesar da maior consciencialização por parte da comunidade científica acerca do risco de infeção pelo VIH/SIDA associado à alteração da consciência provocada pelo consumo de substâncias lícitas e ilícitas, os dados divulgados sobre VIH/SIDA continuam a não discriminar estes comportamentos de risco. Concomitantemente, as populações designadas como tendo mais comportamentos de alto risco para a infeção pelo VIH/SIDA (UNAIDS & WHO, 2012) excluem os consumidores de substâncias por qualquer via com a exceção da injetável.

O terceiro ponto desta dissertação foca-se sobre a interligação entre os consumos de substâncias lícitas e ilícitas e o VIH/SIDA. Nesse sentido, começaremos por abordar a epidemiologia da associação entre consumo de substâncias e VIH/SIDA, seguindo-se um ponto sobre a conceptualização da conjugação entre consumo de substâncias e VIH/SIDA e por fim abordaremos os modelos de compreensão dos comportamentos de saúde relacionados com o VIH/SIDA.

3.2. Epidemiologia do VIH/SIDA e consumo de substâncias

A apresentação de dados relativos ao VIH/SIDA e ao consumo de substâncias cinge-se apenas às substâncias ilícitas, dados estes, que estão bem documentados, e em que a associação entre consumo de drogas pela via injetável é claramente uma preocupação e alvo de intervenção e prevenção. No entanto, apesar de já existirem vários documentos e publicações (Fritz, Morojele, & Kalichman, 2010; Cardoso, Malbergier, & Figueiredo, 2008; Fisher, Bang, & Kapiga, 2007; Cooper, 2006; Mbulaiteye, Ruberantwari, Carpenter, Kamali, & Whitworth, 2000) que abordam o álcool tanto como um fator de risco para a infeção pelo VIH/SIDA, como um fator de agravamento da doença (VIH/SIDA), não existe na literatura consultada referências epidemiológicas acerca desta associação, não sendo, por isso, possível apresentar a epidemiologia das pessoas com problemas ligados ao álcool (PLA) infetadas com o VIH/SIDA, nem a prevalência de infetados com PLA.

3.2.1. A nível mundial

A guerra global contra as drogas é o motor da pandemia de VIH/SIDA entre as pessoas que usam drogas e os seus parceiros sexuais. Hoje, há uma estimativa que 33 milhões de pessoas em todo o mundo vivam com o vírus da imunodeficiência humana (VIH), e o consumo de drogas injetáveis é responsável por um terço das novas infeções por VIH que ocorrem fora da região da África subsaariana (Global Commission on Drug Policy [GCDP], 2012).

Este meio de transmissão é responsável pelo aumento de novos casos de infeção por VIH em alguns países da Europa de Leste e Ásia Central, contrariando assim a tendência mundial da diminuição do número de novos casos de VIH associados à toxicodependência diagnosticados (GCDP, 2012).

Globalmente, cerca de 16 milhões de pessoas consomem drogas ilegais pela via da injeção, e destas, cerca de 3 milhões (quase uma em cada cinco) vivem com VIH. A média de prevalência de VIH entre consumidores de drogas injetáveis, nos países com a maior população de consumidores de drogas por esta via, varia de 12% a 36%, correspondendo à China (12%), EUA (16%) e Rússia com a percentagem mais elevada

(36%). Apesar da emergência que estes dados apontam em termos de saúde pública, não pode deixar de ser referido o papel das políticas e medidas que cada um destes países apresenta para o combate às drogas. As medidas punitivas aplicadas por estes países na luta contra a toxicod dependência, desempenham um papel fundamental na disseminação da epidemia do VIH/SIDA dentro desta população (GCDP, 21012).

Quando tentamos estabelecer esta ligação entre consumo de drogas e VIH/SIDA, não podemos apenas restringir-nos ao consumidor e aos seus comportamentos de risco. O contexto social e político onde está inserido também desempenha um papel de relevo no risco de infeção destas populações. O relatório de junho de 2012 publicado pela *Global Commission on Drug Policy* é muito explícito nesta matéria, explicando de que forma as políticas e as medidas punitivas dos países servem de motor da disseminação do VIH/SIDA entre consumidores de drogas injetáveis. Sumariamente, o relatório acima mencionado, refere:

- O medo de ser preso impulsiona as pessoas a consumirem em ambientes ocultos e de alto risco, ficando longe dos testes de VIH e dos serviços de prevenção.
- Restrições no fornecimento de seringas esterilizadas aumentaram a partilha de seringas entre consumidores.
- Proibições ou restrições à terapia de substituição de opiáceos ou outros tratamentos baseados em evidências mantêm as pessoas nas margens das sociedades onde prevalecem os comportamentos de risco.
- Interrupções da terapia antirretroviral aumentam a carga viral e consequentemente o risco de transmissão do VIH e posterior aumento da resistência à terapêutica.
- Fundos públicos, por si só já limitados, são desperdiçados em esforços de aplicação da lei de combate às drogas nocivos e ineficazes, em vez de serem investidos em estratégias comprovadas de prevenção do VIH.

3.2.2. A nível europeu

Relativamente à situação da Europa, podemos afirmar que, globalmente, a incidência de casos de consumidores de drogas pela via injetada (CDI) infetados pelo VIH/SIDA tem vindo a decrescer desde o ano 2000. No entanto, não podemos deixar de

referir alguns surtos de infeção relatados nos últimos anos por países como a Grécia e a Roménia. Casos estes que sustentam a necessidade da manutenção da preocupação com a epidemia (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction & European Centre for Disease Prevention and Control, 2012).

No ano de 2010, de todos os casos de infeção pelo VIH/SIDA notificados 4,4% correspondiam a casos de infeções pelo VIH/SIDA em CDI. Como já referimos, a tendência global de infeção pelo VIH/SIDA na população consumidora de drogas injetáveis na Europa é decrescente, tendo-se verificado uma acentuação nesta tendência em 2004, ano em que o número de novos diagnósticos diminuiu 44%. Apesar disso, ainda existem alguns países em que a taxa de incidência do VIH/SIDA é muito elevada (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction & European Centre for Disease Prevention and Control, 2012), como é o caso dos países da Europa de leste, onde a média das taxas de incidência de CDI infetados pelo VIH/SIDA é superior a 20% (Dutta, et al., 2013).

3.2.3. A nível nacional

Em Portugal, apesar de se verificar nos últimos anos um decréscimo da infeção associada à toxicodependência, cerca de 41% do total acumulado de notificações de infeção pelo VIH correspondem a casos associados à toxicodependência (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. [INSA], 2012; IDT, 2011a). No quadro que se segue (quando 7), podemos ver os casos de VIH/SIDA associados à toxicodependência, por estágio de infeção.

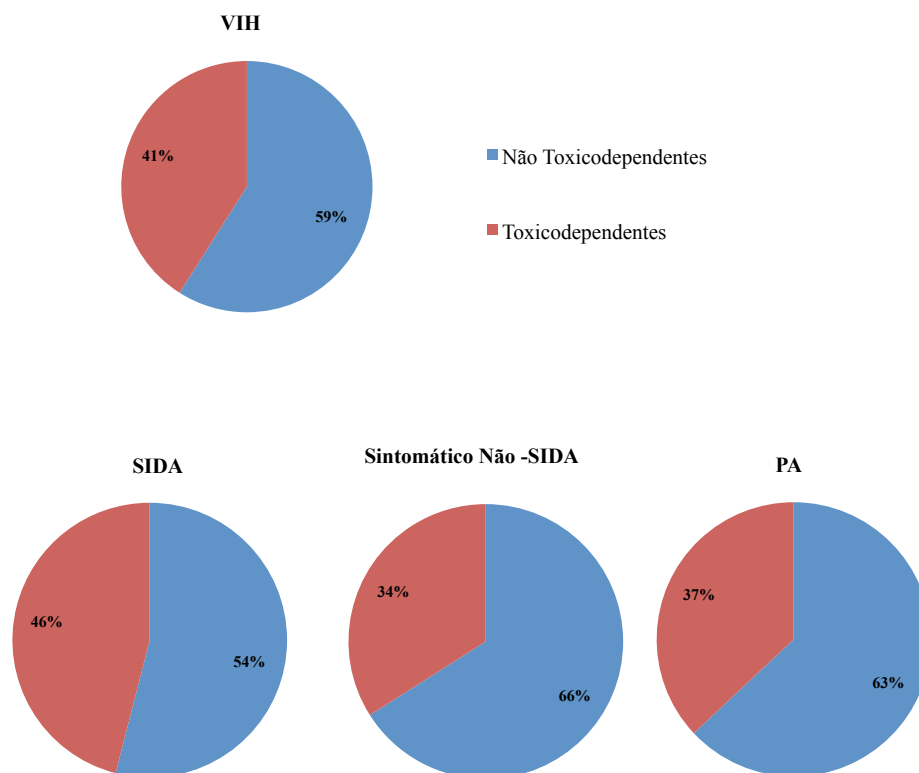
Quadro 6

Notificações dos Casos de Infeção pelo VIH: Total de Casos e Casos Associados à Toxicodependência, segundo a Classificação Epidemiológica (SIDA, Sintomático Não-SIDA e Portadores Assintomáticos) (INSA, 2012, IDT, IP, 2011a).

Casos	Casos de PA		Casos Sintomáticos Não-SIDA		Casos de SIDA	
	Total	Toxicodep.	Total	Toxicodep.	Total	Toxicodep.
Total	16379	7565	3923	1345	19054	7029
2010	350	88	109	8	561	53

A percentagem de casos de VIH em toxicodependentes (gráficos 20 a), b), c) e d)) independentemente do estágio da infeção tem diminuído ao longo dos anos, representando em 2010 uma percentagem de 46%, 34% e 37% do total acumulado de notificações de casos de SIDA, de Sintomáticos Não-SIDA e de Portadores Assintomáticos, constituindo 15% do total de casos diagnosticados em Portugal (INSA, 2012).

Gráficos 20 a), b), c) e d):
Notificações de Infeção pelo VIH Associados ou não à Toxicodependência, nos diferentes estadios da infeção (INSA, 2012).



Nos novos casos diagnosticados com VIH verifica-se um maior peso de infeções antigas na população toxicodependente do que na restante população. Com efeito, relativamente aos casos de infeção pelo VIH associados à toxicodependência diagnosticados em 2010 e para os quais se conhece o ano provável de infeção (30%), em cerca de 41% dos casos a data provável de infeção ocorreu há mais de 5 anos (14% entre 2001 e 2005 e 27% antes de 2001), contrariamente aos restantes 31% dos casos

não associados à toxicodependência que apresentam infeções mais recentes, com apenas 19% dos casos com provável infeção há mais de 5 anos (IDT, 2011a).

Esta diminuição da incidência nos toxicodependentes poderá estar relacionada com a implementação de políticas de redução de riscos e minimização de danos (como por exemplo os programas de substituição opiácea e o programa de troca de seringas) em 2001 e mais recentemente com a implementação, desde 2007, do Programa *Klotho* (descrito no ponto 1.4) que permitiu o aconselhamento e rastreio de todos os utentes em tratamento nos serviços especializados no tratamento das toxicodependências (IDT, 2011a).

Quanto às patologias mais prevalentes nos casos de SIDA associados à toxicodependência, as infeções oportunistas correspondem a 95% dos casos, com especial relevo para a tuberculose (57%) e pneumonia por *P. jirovecci* (11%) e, 5% para ambos os diagnósticos. Nos restantes casos não associados à toxicodependência verificava-se um menor peso das infeções oportunistas entre as patologias observadas à data do diagnóstico (87%), nomeadamente da tuberculose (30%) (IDT, 2011a).

Relativamente à mortalidade até 2010, 51% dos casos notificados (7694 óbitos) estavam associados à toxicodependência. A mortalidade observada nos casos de SIDA associados à toxicodependência foi de 52% (sobrevida 48%) e nos casos não associados à toxicodependência de 43% (sobrevida 57%). Em 2010, foram notificadas 147 mortes (ocorridas no ano) entre os casos com SIDA, e dessas 44% estavam associadas à toxicodependência (IDT, 2011a).

No que concerne às diferenças regionais, Lisboa (34%), Porto (30%) e Setúbal (14%), mantêm-se os distritos com maior peso no total acumulado de notificações de casos de infeção pelo VIH associados à toxicodependência, mas também dos casos não associados (IDT, 2011a).

Os dados previamente apresentados sugerem uma tendência decrescente da incidência de toxicodependentes infetados pelo VIH/SIDA, facto que constitui um dos maiores ganhos, como resultado dos esforços do governo e das instituições de saúde, principalmente daquelas diretamente relacionadas com a intervenção na toxicodependência no combate ao VIH/SIDA em Portugal. A implementação eficaz de programas de redução de risco e minimização de danos, como o programa de troca de seringas, obtém com estes dados uma avaliação positiva da sua abrangência e eficácia

na redução da infecção no seio desta população. Para além deste programa, outras medidas implementadas, tanto ao nível da deteção da infecção pelo VIH/SIDA, como ao nível da prevenção e do tratamento parecem constituir uma mais-valia da resposta nacional à epidemia da SIDA.

Se, no que aos consumidores de drogas ilícitas diz respeito, a ação institucional tem demonstrado a sua eficácia na redução da infecção pelo VIH/SIDA, relativamente aos consumidores de drogas lícitas, como o álcool, o cenário altera-se. Nunca é demais salientar que mais dados epidemiológicos são necessários para uma correta abordagem da problemática junto desta população específica de pessoas com problemas ligados ao álcool.

3.3. O consumo de substâncias e o VIH/SIDA

A emergência da epidemia da SIDA desde muito cedo que centrou parte dos esforços da comunidade científica no aumento do saber na prevenção da transmissão da infecção. Desta forma, os comportamentos sexuais e consumo de substâncias assumiram alguma centralidade nas investigações de modo a conseguir-se implementar estratégias de intervenção e práticas preventivas eficazes para a contenção da disseminação do VIH/SIDA.

A produção de conhecimento científico na área social sobre a sexualidade não é tão extensa quanto seria oportuno. Os primeiros trabalhos nesta área surgiram nos anos quarenta com os relatórios de Alfred Kinsey e colaboradores que, apesar dos seus erros e falhas, revolucionaram a forma das pessoas pensarem uma realidade que era de todos. Desde as primeiras publicações de Kinsey que a investigação sobre o sexo e a sexualidade tem aumentado em termos de quantidade e qualidade, nomeadamente quanto à investigação dos comportamentos associados ao aumento do VIH/SIDA (Turner, Miller, & Moses, 1989).

Não há dúvidas que a emergência do VIH/SIDA alavancou a investigação comportamental na área da sexualidade. O que hoje se sabe acerca das relações homossexuais, muito se deve ao aumento exponencial dos casos de infecção nas décadas de oitenta e noventa. Por outro lado, o estudo desta população permitiu enriquecer e consolidar o conhecimento sobre os padrões de transmissão do VIH/SIDA e comportamentos sexuais. Desde os primeiros estudos com homossexuais que se

estabeleceu o VIH/SIDA como uma doença sexualmente transmissível e se identificou a importância dos fatores de risco, como a existência de múltiplos parceiros e das relações sexuais desprotegidas (sem preservativo), na disseminação da infeção (Turner, Miller, & Moses, 1989).

Os estudos sobre comportamentos sexuais inseguros, como é o caso da falha do uso do preservativo, sustentam que vários fatores interferem na sua ocorrência. A falta de informação/conhecimento sobre a doença (VIH/SIDA) foi apontada, durante algum tempo, como um dos fatores preponderantes na prática de comportamentos de risco (Barden-O'Fallon, Graft-Johnson, Bisika, Sulzbach, Benson, & Tsui, 2004). Atualmente, é quase de senso comum que a informação por si só não é suficiente para mudar comportamentos (Ferreira, 2008), e a investigação relativa ao nível de conhecimentos sobre o VIH/SIDA e à prática de comportamentos sexuais seguros, tem demonstrado isso mesmo. O nível de conhecimento ou informação não está associado à prática de sexo protegido, ou seja, um bom nível de conhecimento não se traduz obrigatoriamente em práticas sexuais protegidas (Bruce, Bauai, Sapuri, Kaldor, Fairley, & Keogh, 2011; Ferreira, 2008; Barden-O'Fallon, Graft-Johnson, Bisika, Sulzbach, Benson, & Tsui, 2004). Embora o conhecimento/ informação por si só não potencie a mudança comportamental, também não há dúvidas que a falta deste se configura como fator de risco, na medida em que é determinante para a perceção do risco. Um estudo português (Almeida, Silva, & Cunha, 2005) com uma amostra de 826 adolescentes, apresenta resultados que vão nesse sentido. Mostrou que os adolescentes têm conhecimentos modestos sobre o VIH/SIDA e que têm, ao mesmo tempo, muitas “atitudes” de risco, concluindo que era urgente proporcionar informação adequada e persistente relativa ao VIH/SIDA aos adolescentes, de forma a permitir que eles optassem por estilos de vida mais saudáveis. Um outro estudo, realizado em 2002 com 312 estudantes universitários portugueses (Freitas, 2003), revelou que os estudantes de cursos da área da saúde tinham um nível de conhecimento sobre o VIH/SIDA superior aos estudantes de outras áreas, e que estes tinham menos dificuldades que os estudantes de outras áreas (não saúde), em impor práticas de proteção, como o uso do preservativo.

Neste sentido, parece-nos pertinente afirmar que a transmissão de conhecimento e informação sobre o VIH/SIDA como estratégia única de prevenção da infeção não se reveste de grande eficácia ao nível da mudança comportamental. Contudo, a prevenção

e a intervenção devem, sem dúvida, contemplar o aumento desse conhecimento e informação, pois sem ela a probabilidade de mudança está diminuída.

Analogamente, a produção de conhecimento sobre a sexualidade e o consumo de substâncias ressalta a sua forte associação, indicando o consumo como um fator de risco para o sexo desprotegido (Boyer, Tschann, & Shafer, 1999; Shafer & Boyer, 1991).

Devido à natureza social da maioria dos consumos, o álcool e as drogas ilícitas são frequentemente associados aos comportamentos sexuais (Leigh & Stall, 1993). Segundo Plant e Plant (1992) existem duas razões para a associação do consumo de substâncias com a sexualidade. A primeira, são as ligações culturais e sociais entre o consumo e os encontros sexuais, na medida em que o beber, por exemplo, pode ser simplesmente um acompanhante ou precursor dos encontros e da atividade sexual. A segunda razão prende-se com a crença de que o álcool e as drogas ilícitas têm efeitos positivos na performance e desinibição sexual. Aliás, Pechansky, Diemen e Genro (2001) referem, relativamente a este assunto, o aumento de comportamentos sexuais promíscuos quando as pessoas estão sob o efeito de substâncias, facto que faz aumentar o risco de infeção pelo VIH/SIDA.

Se o risco de infeção pelo VIH/SIDA associado ao consumo de substâncias pela via injetada está bem documentado e reúne consenso dentro da comunidade científica (Wodak & Mcleod, 2008; Negreiros, 2006; Aceijas, Stimson, Hickman, & Rhodes, 2004), o mesmo já não acontece em relação ao consumo de substância pela via não injetada, como é o caso do álcool.

Contudo, várias teorias sobre os efeitos do álcool nos comportamentos têm sido publicadas, e sustentam que as alterações provocadas pelos efeitos da substância álcool interferem na capacidade de tomada de decisões, levando muitas vezes a que as pessoas intoxicadas tenham comportamentos cujas consequências não mediram. Um dos modelos mais difundidos é o da miopia alcoólica (*Alcohol Myopia*) (Steele & Josephs, 1990). Este modelo sustenta que os prejuízos do álcool ocorrem ao nível da percepção e do pensamento (miopia) e não na capacidade farmacológica do álcool para provocar reações específicas ou diretamente nas expectativas associados ao uso de álcool (Steele & Josephs, 1990). A miopia alcoólica tem sido usada para mostrar o aumento dos comportamentos de risco, sustentando que as pessoas com miopia alcoólica desconhecem as consequências do seu comportamento, assim como a sua natureza arriscada.

Apesar da associação entre consumo de álcool e o risco de infeção pelo VIH/SIDA ser referida em variada literatura (Baliunas, Rehm, Irving, & Shuper, 2010; Cardoso, Malbergier, & Figueiredo, 2008; Weinhardt, Carey, Carey, Maisto, & Gordon, 2001), a relação de causalidade direta entre o consumo de álcool e o sexo desprotegido é contestada (Shuper et al., 2010; Leigh & Stall, 1993; Weatherburn, et al., 1993), devido à multiplicidade de fatores interferentes, como as crenças, os contextos e a personalidade (Parry, Rehm, Poznyar & Room, 2009).

Na literatura podemos encontrar varias associações entre consumo de álcool e o risco de infeção pelo VIH/SIDA. Alguns estudos (Santos, et al., 2013; Patrick, O'Malley, Johnston, Terry-McElrath, & Schulenberg, 2012), comprovam esta associação de acordo com as quantidades de álcool ingeridas, ou seja, referem que o consumo nocivo aumenta o risco de infeção pelo VIH/SIDA. Outros usam a variável tempo para determinar esta associação, referindo que o consumo de álcool antes ou durante o ato sexual, aumenta a probabilidade de falha no uso do preservativo e nesse sentido, aumenta o risco de infeção pelo VIH/SIDA (Fisher, Cook & Kapiga, 2010). Encontramos, ainda, estudos mais generalistas que concluem que o consumo de álcool está associado a uma maior probabilidade de ocorrência de múltiplos parceiros, de falha no uso do preservativo e no uso dos serviços sexuais das(os) trabalhadoras(es) do sexo (Fritz, Morojele & Kalichman, 2010; Cardoso, Malbergier, Figueiredo, 2008).

É possível que os obstáculos ao consenso sobre a influencia do álcool nos comportamentos de risco tenham limitado a ação, tanto ao nível da prevenção, como da intervenção com a população consumidora de álcool, e especificamente com as pessoas com PLA. No entanto, a relação existe por mais complexa e indireta que possa ser, e parece-nos que não deve ficar esquecida.

3.4. Risco, perceção de risco e comportamentos de risco

O exercício de compreensão do comportamento humano, especificamente os comportamentos relacionados com a saúde ou a doença, recai invariavelmente sobre três constructos fundamentais – o risco, a perceção do risco e os comportamentos de risco. Apesar de estarem intrinsecamente relacionados obrigam a uma reflexão repartida, no sentido de melhor percebermos que a sua dimensão subjetiva os tornam tão difíceis de medir, e por isso com uma validade, também mais subjetiva que objetiva.

Se nos centrarmos no Risco percebemos que as suas definições são múltiplas. Já

Hayes (1992, como citado em Deslandes, Mendonça , Caiaffa , & Doneda , 2002) referia que “ o conceito de risco é um campo acadêmico que não tem fronteiras definidas, sendo comuns as lacunas de coerência conceitual nas distintas produções sobre a temática” (p.142). Este facto está espelhado nas diferentes definições encontradas, que vão desde as mais latas como “perigo de dano futuro” (Douglas, 1994, como citado em Joffe, 2003, p. 56) às mais específicas como “ medidas quantitativas das consequências do perigo, expressas como a probabilidade condicional de sofrer dano” (Bostrom 1997, p. 102). Obviamente que esta multiplicidade de definições tem implicações práticas, principalmente no que respeita à medição ou avaliação do risco. Comummente, a avaliação do risco centra-se em duas dimensões: a probabilidade e a magnitude do dano. Contudo, a forma como estas dimensões se articulam, acaba também por ter um peso na diversidade de definições e, nesse sentido, na convergência de um consenso sobre o que é e como se avalia o risco. Se até agora abordamos a definição do risco em termos gerais, quando nos focamos no risco em saúde percebemos que as suas definições acabam por se sobrepor ao constructo da percepção do risco, onde sobressaem noções como o julgamento da incerteza, ou então, incluindo explicitamente a palavra percepção para definir o risco. Um desses exemplos está espelhado na definição proposta por Menon, Raghbir e Agrawal (2008) que definem o Risco de Saúde como “Percepção da probabilidade subjetiva da ocorrência de um evento negativo relacionado com a saúde, para uma pessoa ou grupo de pessoas, durante um período de tempo específico” (p. 982). Na realidade, nas definições de risco relacionado com a saúde, encontramos frequentemente o risco descrito como percepção de risco, provocando alguma confusão na distinção dos conceitos.

Na prática, constatamos que a noção de risco é conceptualizada de acordo com a área que o avalia, o que vai ao encontro de Almeida Filho (2000, como citado em Deslandes, Mendonça, Caiaffa & Doneda, 2002), que explora a definição do risco de acordo com três perspetivas. A primeira refere-se ao senso comum, que segundo o autor apresenta o risco como uma experiência pessoal e socialmente construída. A segunda é a perspetiva da epidemiologia, cujo risco é situado para além do indivíduo, estando centrado em conjuntos de pessoas ou comunidades. A última é a definição de risco segundo a perspetiva clínica, que de acordo com Filho (2000, como citado em Deslandes et al., 2002) usa o conceito de risco como ferramenta para a tomada de decisões, minimizando, deste modo, a subjetividade do raciocínio clínico. Neste

enquadramento, o risco é aplicado ao individual, e pertencer a um denominado grupo de risco constitui-se como um sinal clínico passível de ser objetivado e, dessa forma, alvo de prevenção.

Dos três construtos abordados (risco, percepção do risco e comportamentos de risco) parece ser a percepção do risco o que mais notoriedade tem, não só pela quantidade de estudos e teorias onde assume a centralidade, mas também porque para além de ser o mais subjetivo dos três, parece ser o denominador comum entre os outros dois.

A percepção do risco, por vezes denominada de probabilidade, suscetibilidade ou vulnerabilidade percebida (Brewer, Weinstein, Cuite, & Herrington, 2004), adquire um papel central em alguns modelos conceptuais sobre comportamentos de saúde e doença, tanto numa perspetiva mais geral, como é o caso do Modelo de Crenças na Saúde (Strecher & Rosenstock, 1997) ou da Teoria da Motivação para a Proteção (Rogers, 1975), como numa perspetiva mais específica relacionada com o VIH/SIDA, subjacente ao Modelo de Redução de Risco da Sida (Catania, Kegeles & Coates, 1990).

Segundo Sjöberg, Moen, Rundmo (2004), a percepção do risco consiste na *“avaliação subjetiva da probabilidade de um determinado tipo de acidente acontecer e o quanto estamos preocupados com as suas consequências”* (p.8). Apesar da subjetividade do constructo e de todas as dimensões que o influenciam, muitos estudos referem a sua importância na determinação dos comportamentos de risco (Napper, Fisher, & Reynolds, 2012; DiClemente, Brown, Beausoleil, & Lodico, 1993).

A sua multidimensionalidade transparece nas várias definições encontradas, demonstrando que a percepção do risco é mais sensível ao contexto do que as medidas formais de risco (Bostrom, 1997). Este facto está espelhado na definição de Ann Bostrom (2008) que refere que a percepção de risco são *“crenças, atitudes, juízos e sentimentos de uma pessoa, assim como os valores e disposições sociais ou culturais mais amplas que as pessoas adotam, perante os perigos e os seus benefícios”* (p. 102). O que retemos desta definição é que uma variedade de fatores, eles próprios carregados de subjetividade, pesam na determinação da percepção de risco, e que possivelmente por essa razão ela é tão difícil de medir. Ainda assim, a percepção de risco sustenta muitos modelos de compreensão dos comportamentos, que cimentam a sua teoria com base na concepção de que a percepção de risco aumentada deve encorajar as pessoas a tomar medidas para reduzir o seu risco (Brewer, Weinstein, Cuite, & Herrington, 2004). Esta conceptualização da percepção de risco motivou vários estudos e investigações na área da

saúde em geral e especificamente na área do VIH/SIDA.

Num estudo com uma amostra nacional ($N=1000$), Amaro, Frazão, Pereira e Teles (2004) fazem a distinção entre a perceção de risco de infeção pelo VIH/SIDA em termos gerais e da perceção individual de risco, demonstrando que a perceção do risco geral era elevada, ou seja, que os participantes consideravam que havia grande risco de se infetarem em Portugal (68%). Contudo a perceção individual desse mesmo risco era mais baixa (37%), o que precipitou a conclusão de que algumas crenças poderiam estar na base desta perceção individual de risco diminuída.

Assumindo a perceção do risco como um constructo importante na compreensão dos comportamentos, que colocam as pessoas em risco de se infetarem com o VIH/SIDA, torna-se essencial entender que fatores pesam na sua determinação, ou quais os que têm maior peso. Para Sjöberg et al. (2004), a perceção de risco vai além do indivíduo, e é uma construção social e cultural que reflete valores, símbolos, história e ideologia. Schmälzle, Schupp, Barth e Renner (2011) afirmam que a perceção do risco representa um “*fenómeno mundano e altamente contextualizado*” (p.1) e que os processos implícitos, como por exemplo, as impressões sobre a segurança do parceiro, são uma parte importante da perceção do risco. Todavia assumem que a dificuldade em medir e quantificar os aspetos implícitos no processamento de informação não tem motivado a investigação neste sentido, e por isso, o suporte empirico ainda é escasso.

Apesar de parecer uma perspetiva inovadora de compreensão da perceção do risco, um estudo publicado por três dos autores anteriores (Renner, Schmälze & Schupp, 2012) sobre as impressões individuais sobre a segurança ou o risco dos outros, revela um constructo já menos recente – a perceção de controlo, traduzido na medida em que uma pessoa quando acredita que o seu/sua companheiro(a) é saudável (impressão de salubridade do companheiro) sem ter provas e dados objetivos para o fazer, apenas referências subjetivas que em nada estão correlacionadas com a salubridade, mas que estão claramente difundidas no senso comum, como por exemplo, o aspeto atrativo ou a responsabilidade, acredita que é capaz de controlar o risco. Ou seja, crê que a sua capacidade de detetar estes traços característicos subjetivos são suficientes para validar a sua perceção de segurança do parceiro (Renner et al., 2012).

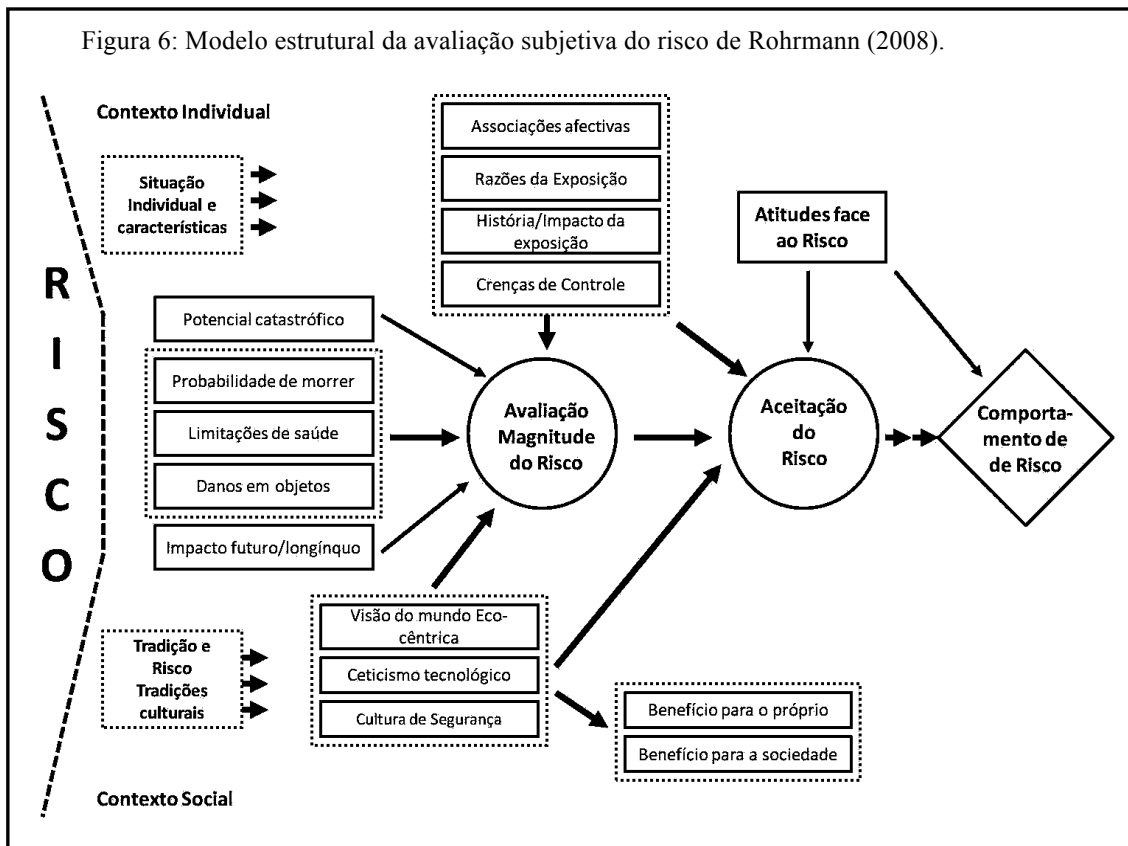
Como já referimos, a perceção de controlo não é um constructo novo. Thompson, Kent, Thomas e Vrungos (1999) quando abordam as questões das estratégias de prevenção do VIH/SIDA como realistas e ilusórias, focam-se também no

conceito de percepção de controlo ilusório como determinante dos comportamentos de risco.

Não há dúvidas que a percepção do risco foi alvo de várias análises e construções teóricas que sustentaram muita da investigação sobre comportamentos de risco. Alguns exemplos de modelos conceptuais sobre percepção de risco são o modelo das três hipóteses da percepção de risco e comportamentos de risco (Brewer, Weinstein, Cuite & Herrington, 2004) e o modelo dos antecedentes e consequentes da percepção do risco (Menon, Raghubir & Agrawal, 2008), modelos sobre os quais não nos iremos debruçar, mas que genericamente tentam sustentar a importância da ligação deste construto aos comportamentos de risco.

Constatamos assim, que tanto o risco como a percepção de risco assumem significados diferentes em diferentes contextos, e que adquirem reposicionamentos e recomposições a partir do desenvolvimento e das dinâmicas que estabelecem, e por isso, não podem ser compreendidos encerrados em si mesmos.

Seguindo esta linha de pensamento, pareceu-nos importante apresentar um modelo compreensivo que traduz a subjetividade e a complexidade da percepção do risco e que poderá ser útil para a melhor compreensão deste construto. O modelo é proposto por Rohrmann (2008), e dá conta da perspetiva multidisciplinar que a avaliação do risco deve ter, considerando, deste modo, as várias facetas que são necessárias contemplar para a compreensão deste constructo. Constructo este que é definido pelo autor (Rohrmann, 2008) como “*a avaliação e o juízo que uma pessoa faz acerca dos perigos a que possa estar exposta*” (p.2). A percepção do risco é para Rohrmann (2008) uma interpretação do mundo, baseada na experiência e em crenças, que estão enraizadas nas normas, sistema de valores e na cultura das sociedades. A sua importância reveste-se da sua capacidade em influenciar tanto as decisões sobre a aceitação do risco, como os comportamentos. No entanto, faz uma ressalva afirmando que nem a percepção do risco, nem os comportamentos perante o risco devem ser confundidos com o comportamento atual, referindo que a avaliação do risco é complexa e que depende das características do perigo e de filosofias pessoais. O modelo conceptual da percepção de risco de Rohrmann (2008), esquematiza, de forma bastante clara, estas múltiplas influências que interferem na resposta à exposição ao risco (figura 6).



Como podemos constatar pela figura 6, a relação entre a avaliação do risco, aceitação e comportamentos de riscos é unidirecional e sequencial. No entanto, cada uma destas relações é fortemente influenciada por vários fatores psicossociais, demonstrando a complexidade desta associação.

3.5. Modelos de compreensão dos comportamentos de saúde relacionados com o VIH/SIDA

Apesar de já terem passado 30 anos desde a descoberta do VIH/SIDA e do conhecimento sobre a doença e formas de tratamento terem evoluído substancialmente, o que sabemos hoje sobre as formas de proteção e contaminação não difere muito do que sabíamos há 20 anos atrás. Há já muito tempo que se conhece de que forma o VIH/SIDA é transmitido entre seres humanos e que comportamentos as pessoas devem ter para se prevenirem da infeção. Contudo, todos os anos são notificadas novas infeções, o que coloca várias questões relativamente à forma das pessoas lidarem com a ameaça da doença e com as características desta doença em particular.

Como forma de compreensão dos comportamentos das pessoas relativamente à sua saúde, vários modelos e teorias foram sendo propostos. Focando-se em múltiplos determinantes do comportamento (ex. percepções e cognições, factores sociais, factores emocionais, etc.), uns centram-se mais nas características individuais, outros nas interpessoais, mas todos tentam explicar a razão de algumas pessoas protegerem a sua saúde e outras não (Painter, Borba, Hynes, Mays, & Glanz, 2008; Noar & Zimmerman, 2005).

Neste ponto, iremos abordar os modelos mais referenciados na literatura sobre os comportamentos relacionados com a saúde. Numa primeira parte, serão abordados os modelos que decidimos denominar de gerais, pois podem ser aplicados a comportamentos de saúde distintos (ex. fumar, consumo nocivo de álcool, ingestão de alimentos pouco saudáveis, sedentarismo, não fazer *check up's* de rotina, adesão terapêutica, etc). Num segundo momento, iremo-nos debruçar sobre os modelos específicos para o VIH/SIDA, mas dirigidos à população geral. Por último, será apresentado um modelo original que tenta explicar a exposição ao risco de contaminação pelo VIH/SIDA de consumidores de substâncias.

Como acabamos de referir, optamos por fazer uma divisão dos modelos que serão apresentados. Os modelos gerais, que estão relacionados com os comportamentos de saúde no sentido mais lato, são inspirados na abordagem sociocognitiva, e tentam explicar a relação entre cognições e comportamentos relacionados com a saúde e com a doença. Deste modo, começaremos por apresentar o Modelo de Crenças na Saúde (MCS), seguindo-se a Teoria da Motivação para a Proteção (TMP), a Teoria da Ação Racional (TAR) e Teoria do Comportamento Planeado (TCP) e o Modelo Transteórico de Mudança (MTM). Numa segunda parte, apresentaremos os modelos específicos para o VIH/SIDA, que compreendem o Modelo de Redução de Risco da SIDA (MRRS), o Modelo de Informação-Motivação e Aptidões Comportamentais e o Modelo das Redes Sexuais (Sexual Webs). Por fim, será descrito o Modelo Original de Exposição ao Risco (Pechansky, 2001), desenhado especificamente para consumidores de substâncias.

Parece-nos importante salientar que muitos destes modelos originalmente concebidos para a compreensão de um determinado comportamento (ex. o modelo crenças da saúde foi inicialmente proposto para explicar a fraca adesão das pessoas aos serviços de saúde e aos programas de rastreio disponíveis), foram sofrendo desenvolvimentos ao longo dos anos de forma a se tornarem mais abrangentes (Painter

et al., 2008; Baban & Cracium, 2007). De facto, a grande proliferação de modelos vem enfatizar a importância da aplicação da teoria na construção de programas de intervenção. Contudo, a sobreposição de constructos surge muitas vezes como obstáculo à adequada aplicação da teoria na prática, culminando numa mistura de conceitos e consequentemente na multiplicação desnecessária de preditores de comportamento [por exemplo o conceito de autoeficácia do modelo de crenças da saúde sobrepõe-se ao constructo de controlo percebido da teoria da ação racional e da teoria do comportamento planeado (Baban & Cracium, 2007; Connelly, 2002)]. Esta questão levanta o véu à falha de estudos que discriminem a validade destes constructos, bem como a sua integração com as teorias validadas empiricamente (Baban & Cracium, 2007), e vêm, ainda, sustentar a falta de consenso dentro da comunidade científica relativamente à terminologia a ser utilizada, resultando numa literatura fragmentada que seria melhor integrada se fossem acordados termos e definições comuns (Noar & Zimmerman, 2005).

3.5.1. Os Modelos Gerais

Estes modelos mais gerais focam-se nos fatores da motivação que tentam explicar o processo de tomada de decisão para execução ou não de um certo tipo de comportamento de saúde. São, portanto, modelos desenhados para prever os comportamentos num determinado momento, e tentar identificar as variáveis por detrás das decisões relacionadas com a saúde (Armitage & Conner, 2000).

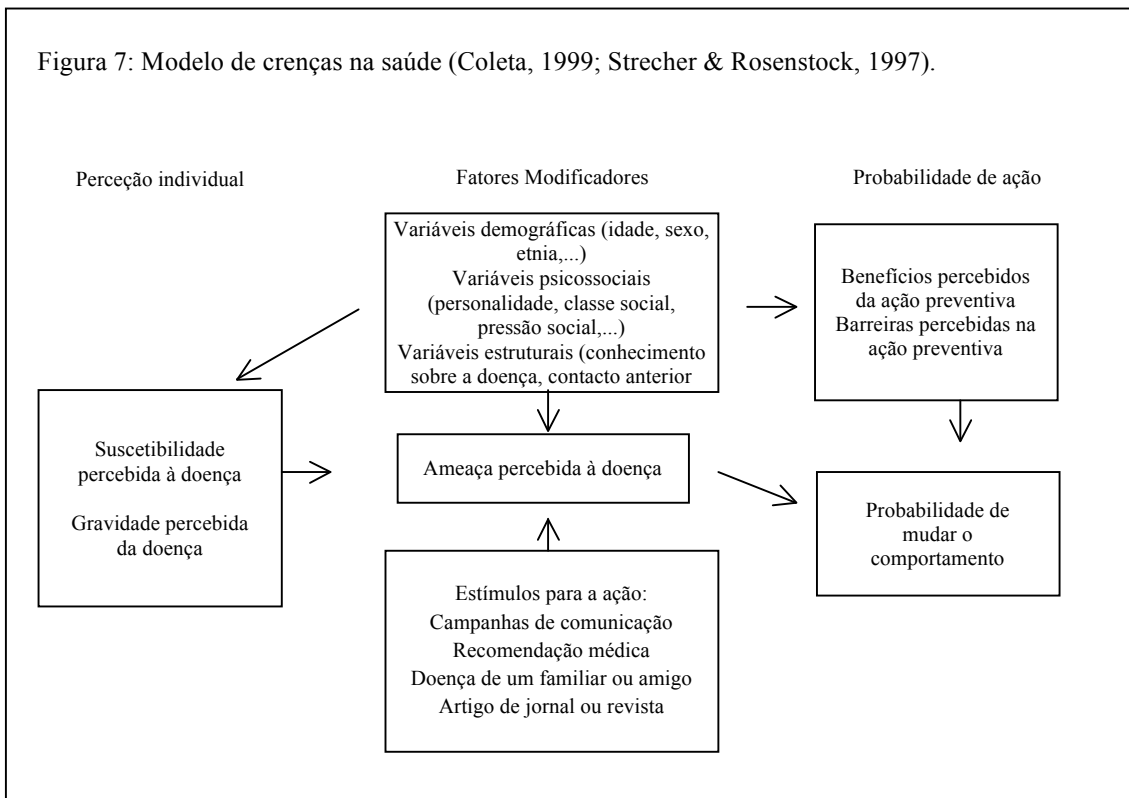
3.5.1.1. O modelo das crenças na saúde (MCS)

O modelo das crenças na saúde é um dos mais antigos e dos primeiros a ser usado na compreensão dos comportamentos relacionados com a saúde (Ribeiro, 2005; Strecher & Rosenstock, 1997; Rosenstock, Strecher, & Becker, 1994). Foi desenvolvido por psicólogos sociais dos Serviços de Saúde Pública dos Estado Unidos, com o intuito de explicar a falta de participação das pessoas em programas de rastreio e de prevenção (Ribeiro, 2005; Coleta, 1999; Strecher & Rosenstock, 1997; Rosenstock et al., 1994). Desde então, tem sido útil na predição de vários comportamentos relacionados com a saúde, como o controlo de fertilidade, nas decisões para procurar cuidados de saúde, e comportamentos sexuais (Lin, Simoni, & Zemon, 2005).

Por ser um modelo que emerge das abordagens cognitivas e comportamentais, baseia-se nas teorias de expectativa-valor. Deste modo, postula que o comportamento é influenciado pelo valor subjetivo de um resultado, e pela expectativa de que uma ação específica conduzirá a esse resultado (Ribeiro, 2005). Assim, a disponibilidade para executar determinado comportamento de saúde vai depender, por um lado, da percepção da pessoa em relação à sua suscetibilidade em ter determinado doença (percepção de suscetibilidade), e por outro, da sua percepção acerca da gravidade dessa condição (percepção de severidade). Se houver uma ameaça percebida, o indivíduo pondera os benefícios (diminuição da ameaça) de uma ação específica (percepção de benefícios), e se esses benefícios suplantam os custos da adoção desse comportamento (percepção de barreiras) (Ribeiro, 2005; Strecher & Rosenstock, 1997).

À concepção inicial do modelo foram, mais tarde, adicionadas novas variáveis que contribuem para a adoção de determinado comportamento: as pistas para a ação, os fatores de modificação e a autoeficácia (Ribeiro, 2005; Strecher & Rosenstock, 1997).

As pistas para a ação são estímulos sinalizadores, que incitam à ação e que elucidam para o comportamento apropriado. Estas podem ser internas (ex. sintomas) ou externas (ex. informação recebida pelos media, profissionais de saúde, doença de familiar, etc.). Os fatores de modificação do comportamento incluem variáveis demográficas (idade, sexo, raça, etnia), psicossociais (personalidade ou a classe social) e estruturais (conhecimento sobre a doença, os contatos prévios com a doença e a própria motivação). A autoeficácia, conceito originalmente introduzido por Bandura em 1977, refere-se à crença na capacidade em executar com sucesso o comportamento necessário para produzir os resultados desejados. No MCS este conceito foi introduzido com vista a aumentar o poder explicativo do modelo, principalmente no que se refere aos comportamentos relacionados com os estilos de vida, que implicam mudanças a longo prazo (Strecher & Rosenstock, 1997). Para os autores, a autoeficácia é determinante para o início e manutenção da mudança de comportamentos relacionados com o estilo de vida, como fumar, fazer exercício físico, entre outros (Strecher & Rosenstock, 1997).



Além de ser o mais antigo, o modelo de crenças na saúde é dos mais referenciados na literatura, e a sua aplicação para a compreensão dos comportamentos relacionados com o VIH/SIDA incide essencialmente sobre os comportamentos sexuais. Do leque dos comportamentos sexuais, ressalta-se a predominância de estudos que avaliam o uso do preservativo durante as relações sexuais e as relações sexuais com múltiplos parceiros (Toepell, 2003; Bakker, Buunk, Siero, & Van Den Eijnden, 1997). No que concerne aos componentes do modelo, Rosenstock, Strecher e Becker (1994) referem que os estudos efetuados sobre a sua eficácia preditiva apenas analisam os componentes do modelo separadamente e não de uma forma integradora que permita uma análise do modelo global. No entanto, nas suas recomendações sobre a implicação do modelo para a prevenção do VIH/SIDA, os autores (Rosenstock et al., 1994) salientam o papel dos técnicos na transmissão de informação e conhecimento sobre o risco, ou a suscetibilidade de infeção, considerando que o primeiro passo para a proteção da saúde é a percepção do risco, ou de acordo com o modelo, a percepção de suscetibilidade.

3.5.1.2. Teoria da motivação para a proteção (TMP)

A teoria da motivação para a proteção (TMP) (Rogers, 1975) foi inicialmente proposta para a compreensão dos apelos de medo (Norman, Boer, & Seydel, 2005; Boer & Seydel, 1996). Ou seja, propunha esclarecer a influência de mensagens com apelos amedrontadores sobre as atitudes e o comportamento de saúde. Apesar de se centrar nas respostas cognitivas aos apelos do medo, o medo em si, apenas constitui uma variável adicional (Norman et al., 2005).

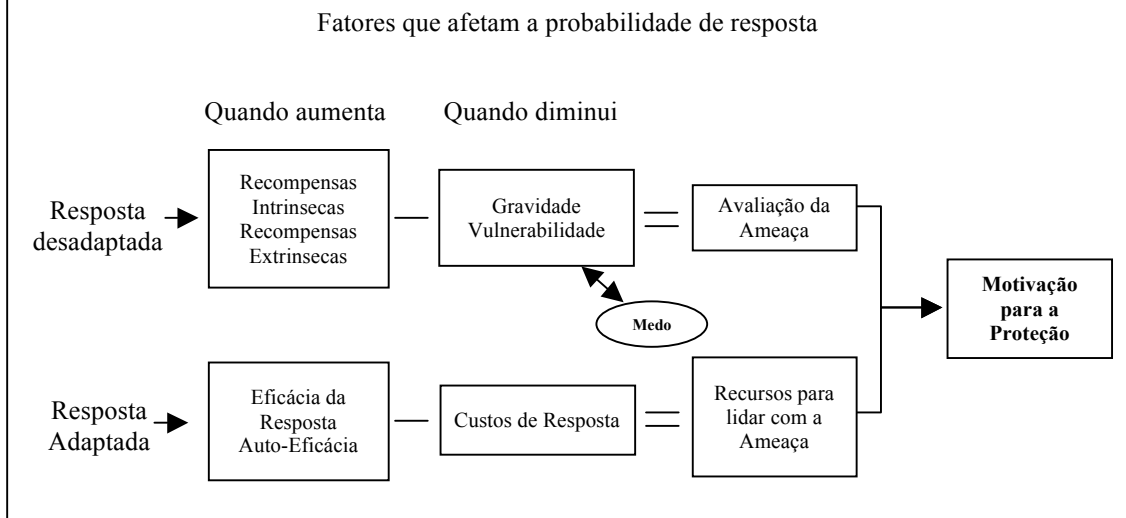
Este modelo é na sua globalidade muito semelhante ao modelo das crenças na saúde, partilhando com ele alguns constructos (perceção de severidade, de vulnerabilidade e autoeficácia).

Segundo a TMP (figura 8), as pessoas perante uma ameaça à sua saúde implementam estratégias de confronto (adaptativas ou mal adaptativas) para lidar com a ameaça, estratégias estas, que são determinadas pela motivação para a proteção. Por sua vez, a motivação para a proteção é função de dois processos de avaliação: a avaliação da ameaça e a avaliação do confronto (*coping*).

O processo de avaliação da ameaça foca-se na fonte da ameaça, na probabilidade da ocorrência do evento ameaçador e nos fatores que podem aumentar ou diminuir a resposta mal adaptativa (Norman et al., 2005). A perceção individual da severidade e da vulnerabilidade à ameaça determinam este processo (Armitage & Conner, 2000), e segundo Norman, Boer e Seydel (2005) esta perceção parece diminuir a resposta mal adaptativa. Contudo, esta motivação para a proteção, determinada pela perceção da severidade e vulnerabilidade, só acontece se as vantagens das respostas mal adaptativas não se sobrepuserem (Armitage & Conner, 2000).

A avaliação do confronto (*coping*) foca-se nas respostas de enfrentamento da ameaça disponíveis e nos fatores que aumentam ou diminuem as respostas adaptativas (Norman et al., 2005). Por sua vez, a avaliação do confronto é determinada pela utilidade da resposta e pela perceção de autoeficácia para executar o comportamento (Armitage & Conner, 2000). É esta avaliação ponderada da eficácia da resposta e da autoeficácia para executá-la que fazem aumentar a motivação para a proteção. No entanto, a motivação para a proteção só aumenta caso os custos ou barreiras da resposta adaptativa não sejam muito elevados, pois senão, poderão inibir a execução do comportamento adaptativo (Norman et al., 2005; Armitage & Conner, 2000).

Figura 8: Esquema dos Processos de Mediação Cognitiva da Teoria da Motivação para a Proteção (Adaptado de Rippetoe e Rogers, 1987).



O modelo tem sido aplicado a uma série de comportamentos relacionados com a saúde, como o exercício físico e a dieta (Plotinokoff & Higenbottom, 1998, 2002), o *binge drinking* (Murgraff, Parrott, & Bennett 1999), e o consumo de tabaco (Greening, 1997) e a validade dos seus constructos tem sido testada. Em termos gerais, estes estudos mostram que a autoeficácia é a única variável capaz de predizer as intensões de uma pessoa iniciar um certo comportamento. Por outro lado, também demonstram que a intenção é a variável que mais consistentemente se relaciona com o comportamento efetivo (Norman et al., 2005). Os restantes constructos do modelo não mostraram ter significado na predição dos comportamentos.

As medidas decorrentes da teoria da motivação para a proteção foram igualmente aplicadas aos comportamentos preventivos face ao VIH/SIDA, em particular à utilização do preservativo e à redução do número de parceiros (Norman et al., 2005). A variável que mais consistentemente se associava à intenção de proteção foi a perceção de autoeficácia. Os resultados inconsistentes encontrados sobre o papel da perceção de vulnerabilidade são atribuídos ao facto de não se tomar em consideração, na maioria dos modelos, a perceção dos recursos pessoais para lidar com a ameaça, a qual origina reações diferentes face à ameaça percebida (Yzer, Fisher, Bakker, Siero & Misovich, 1998).

No entanto, a teoria comporta algumas limitações, sendo a principal a que se

relaciona com o facto de não permitir compreender o processo pelo qual uma intenção positiva é transformada numa ação bem-sucedida do comportamento protetor. A este propósito referem-se os estudos nos quais a inclusão de novas variáveis, nomeadamente relacionadas com o comportamento prévio, melhora claramente a compreensão do comportamento preventivo relativamente ao VIH/SIDA, no contexto deste modelo.

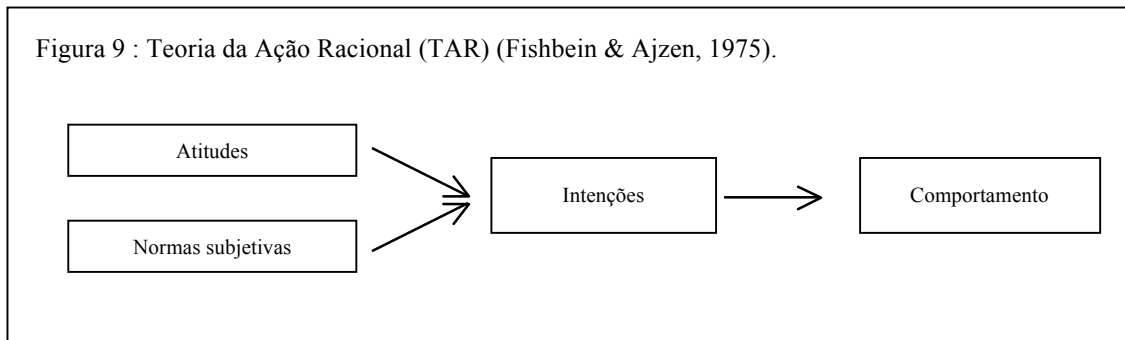
3.5.1.4. A Teoria da Ação Fundamentada e a Teoria do Comportamento Planeado

A Teoria da Ação Fundamentada [TAF] (Fishbein & Ajzen, 1975), assenta no pressuposto de que as pessoas tomam decisões racionais, com base na informação disponível, ou seja, sustenta que o comportamento humano não é controlado por motivos inconscientes ou impulsivos, mas sim por uma reflexão sobre as implicações desse comportamento.

Deste modo, a TAF comporta quatro conceitos chave: atitudes, crenças, intenção e comportamento (Fishbein, Middlestadt, & Hitchcock, 1994), postula a intenção como determinante proximal do comportamento (Fishbein, 2008; Baban & Cracium, 2007; Armitage & Conner, 2000), que é determinada por dois fatores: um pessoal (a atitude) e outro que reflete a influência social (normas subjetivas). O primeiro fator, a atitude em relação ao comportamento, é o reflexo de uma avaliação positiva ou negativa, de uma pessoa em relação ao desempenho de determinado comportamento. O segundo fator, normas subjetivas, refere-se à perceção acerca da pressão social para desempenhar, ou não, aquele comportamento. Estes dois fatores variam na sua influência sobre a intenção, sendo, esta, em alguns momentos mais influenciada pelas atitudes, noutros mais influenciada pelas normas, ou então por ambos na mesma medida (figura 9).

Para a melhor compreensão das intenções, o modelo esclarece quais os fatores determinantes das atitudes em relação ao comportamento e às normas subjetivas. Deste modo, refere que as atitudes são determinadas pelas consequências percebidas resultantes do desempenho do comportamento (crenças comportamentais) e pelas avaliações dessas consequências. Por sua vez, as normas subjetivas são determinadas pela perceção individual de que outros significativos (pessoas ou grupos relevantes para o individuo) consideram que ele deve, ou não, desempenhar determinado

comportamento – crenças normativas, e a sua motivação para concordar ou discordar deles.



Contudo, o modelo sofreu várias críticas por se centrar apenas nos comportamentos dependentes da agência pessoal. Para responder às críticas Ajzen (1988) propôs um quadro conceptual que aborda o problema do comportamento volitivo incompleto, a **Teoria do Comportamento Planeado**, que emerge da Teoria da Ação Fundamentada e lhe acrescenta as medidas de controlo de comportamento percebido como determinantes das intenções e do comportamento. Esta noção de controlo de comportamento percebido é baseada no racional que defende que mantendo a intenção constante, a perceção de controlo fica aumentada havendo maior probabilidade de que a ação (*enactment*) seja bem sucedida. Assim, o controlo de comportamento percebido influencia diretamente o comportamento (Armitage & Conner, 2000).

3.5.1.5. Modelo Transteórico da Mudança

Este modelo enquadra-se no que Armitage e Conner (2000) designaram de modelos multi-estádios. São modelos mais complexos que os anteriores pois tentam descrever os processos de enação comportamental com mais detalhe e ainda fornecer estratégias de manutenção do comportamento desejado, e distancia-se dos modelos anteriores na forma de conceptualizar os comportamentos de saúde, dividindo-os em fases, denominadas de estádios (Armitage & Conner, 2000).

Os modelos multi-estádios focam-se em dois conceitos fundamentais; o primeiro é que as pessoas em diferentes níveis comportam-se de maneira diferente; o segundo é que as formas de intervenção e de informação variam de acordo com cada estádio, ou seja, cada estádio contempla estratégias específicas (Armitage & Conner, 2000).

O Modelo Transteórico da Mudança (MTM) proposto por Prochaska e DiClemente em 1983 (Prochaska & DiClemente, 1986) usa, então, a dimensão temporal, os estádios de mudança, para integrar o processo e os princípios da mudança de comportamentos (Prochaska & Velicer, 1997).

Apesar de ser conhecido pelos seus cinco estádios de mudança, o MTM é constituído por três categorias, os estádios de mudança, as variáveis dependentes (balanço de decisões e autoeficácia) e as variáveis independentes (processo de mudança).

Relativamente aos estádio de mudança, os autores (Prochaska e DiClemente, 1983) propõem cinco fases de prontidão para a mudança de comportamento. A fase um é designada de pré-contemplação. Nesta fase as pessoas não têm intenção de mudar o seu comportamento num futuro próximo. A segunda fase é a contemplação, e aqui os indivíduos têm intenção de mudar no espaço de 6 meses, sendo uma fase em que domina a ambivalência entre mudar e não mudar. A terceira fase é a preparação. Neste ponto as pessoas têm clara noção de que querem mudar num espaço breve de tempo (normalmente cerca de 1 mês), para isso já tomaram algumas medidas (elaboraram um plano de ação). A quarta fase é a ação, fase em que já ocorreram mudanças evidentes ao nível do seu comportamento. Contudo esta mudança ainda é recente (menos de 6 meses) e por isso as pessoas ainda se sentem pouco seguras relativamente à sua consistência. A última fase é a de manutenção, em que o trabalho é predominantemente de prevenção da recaída. É uma fase de maior consistência da mudança e por isso tem mais de 6 meses, podendo durar até aos 5 anos (Prochaska & Velicer, 1997). A recaída não é referenciada pelos autores como um estádio, mas sim como um evento que implica regressão a estádios anteriores (Armitage, 2009; Prochaska & Velicer, 1997).

O processo de mudança, outra categoria do modelo transteórico, tem a ver com atividades explícitas ou implícitas que as pessoas utilizam durante a progressão pelos estádios e que servem para alterar o afeto, pensamento, comportamento ou relacionamentos relativos ao comportamento problema. Prochaska e Velicer (1997) designaram dez processos de mudança, com base na evidencia empírica; 1) o aumento da consciência; 2) a reavaliação de si; 3) a dramatização da ativação emocional; 4) a reavaliação ambiental; 5) a liberação social; 6) a auto-liberação; 7) o condicionamento; 8) o controle de estímulos; 9) gestão de recompensas; 10) relações de ajuda (Prochaska & Velicer, 1997).

3.5.2. Os modelos de compreensão específicos para o VIH/SIDA

Os comportamentos de risco devem ser compreendidos dentro do contexto de outras preocupações com a saúde (como a ansiedade ou o consumo de substâncias, por exemplo), dos fatores específicos das populações, e de outros fatores cognitivos (como a intenção de praticar sexo seguro). Nesse sentido, as teorias do comportamento de risco para o VIH/SIDA devem ser responsivas aos contextos ambientais, desenvolvimentais, sociais e interpessoais em que as pessoas vivem (Traube, Holloway, & Smith, 2011).

3.5.2.1. Modelo de Redução de Risco da Sida (ARRM)

Proposto por Catania, Kegeles e Coates (1990) é um modelo de mudança de comportamentos específico para o VIH/SIDA (Gillis, Meyer-Bahlburg, Exner, & Ehrhardt, 1998). Integra componentes do Modelo de Crenças na Saúde, da Teoria da Ação Fundamentada, da Teoria da Aprendizagem Social e do Modelo de Motivação para a Mudança, e tenta descrever o processo através do qual os indivíduos mudam os seus comportamentos, enfatizando o compromisso pessoal na mudança de comportamentos sexuais de risco para o VIH/SIDA. Baseia-se na premissa de que para evitar a doença, as pessoas devem perceber que seu comportamento sexual os coloca em risco de infeção por VIH (rotulagem); fazer um compromisso de mudança de comportamento (compromisso), e tomar medidas para mudar (“*enactment*”) o seu comportamento sexual, evitando, assim, a infeção pelo VIH/SIDA (Gillis et al., 1998; Bakker, Buunk, Siero, & Van Den Eijnden, 1997).

O ARRM é um modelo de estágios, o que implica a progressão das pessoas através de diferentes níveis em relação à mudança de comportamento. Nesse sentido, à semelhança dos modelos de multi-estádios o ARRM constrói o processo de mudança de comportamento em três fases que denomina de estágios:

1. Reconhecer e rotular como problemático o comportamento de alto risco em relação à transmissão do VIH/SIDA;

Este estágio sustenta-se na noção de suscetibilidade que assume a perceção do risco como uma condição essencial para a mudança de comportamento; na noção de gravidade percebida da doença, já bem estabelecida entre a população geral, que percebe o VIH/SIDA como uma doença grave que leva à morte; e na noção

da vulnerabilidade pessoal que reconhece ser o conceito chave deste modelo.

2. Assumir o compromisso de mudar o comportamento de alto risco;

Este estágio introduz as noções de tomada de decisão e compromisso de mudança de comportamento, que estão relacionados com a ponderação de custo-benefício do uso de estratégias saudáveis (como o uso de preservativo) e com a confiança na eficácia pessoal.

3. Desenvolver e pôr em prática as estratégias direcionadas à redução de atividades de alto risco.

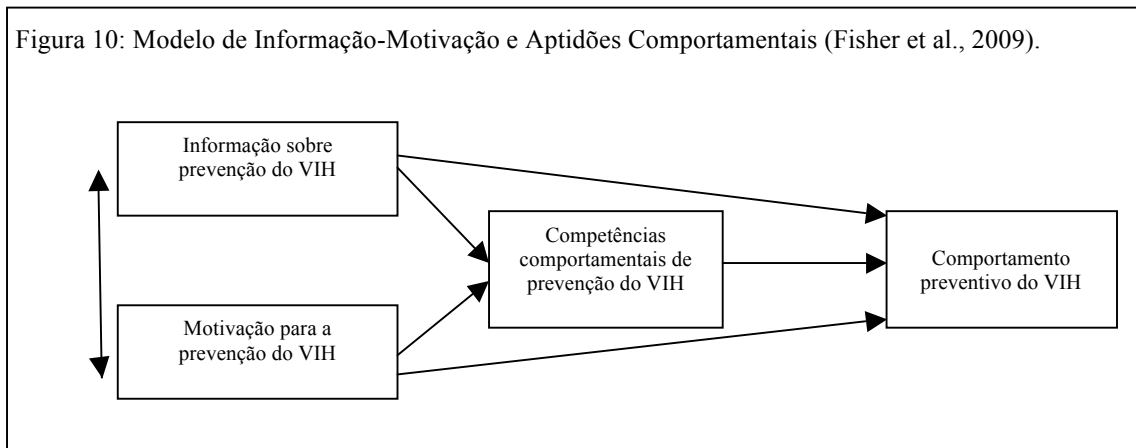
O último estágio refere-se ao planeamento da ação que visa um novo comportamento. Para isso, é necessária a procura de soluções para a ação que visam não só a tomada de decisão individual, mas também a negociação com outros pois quando falamos de relações sexuais inseguras estamos, sempre, perante mais do que uma pessoa.

3.5.2.2. Modelo de Informação-Motivação e Aptidões Comportamentais

Ao longo da epidemia da SIDA, uma série de intervenções preventivas do VIH têm sido implementadas numa variedade de contextos. Contudo, o “fosso” entre a produção científica e a prática continua profundo, ou seja, nem os teóricos se deslocam ao terreno para testar as suas teorias, nem os técnicos do terreno incorporam as teorias de mudança nos planos de intervenção (Green, Ottoson, García, & Hiatt, 2009; Fisher, Fisher, & Shuper, 2009). Fisher, Fisher e Shuper (2009) exploram bem esta questão do desfasamento dos programas de intervenção das teorias de comportamentos de saúde, referindo a falta de avaliação dos programas, bem como os benefícios perdidos pelos programas de intervenção que não usam a teoria para guiarem a sua estratégia.

De forma a facilitar a integração de modelos teóricos nos programas de intervenção, Fisher e Fisher (1992), apresentam um modelo de compreensão e promoção dos comportamentos preventivos para o VIH/SIDA, o Modelo de Informação-Motivação e Aptidões Comportamentais. Esta abordagem tem servido de base para a compreensão dos comportamentos de risco para o VIH/SIDA e postula que a informação, a motivação e as aptidões comportamentais são determinantes fundamentais do comportamento preventivo da infeção. Desta forma, a informação e a motivação para a prevenção trabalham primariamente com as competências que irão influenciar o comportamento preventivo para o VIH/SIDA (figura 10) (Fisher et al.,

2009). Ou seja, uma pessoa bem informada sobre estratégias de prevenção do VIH/SIDA, motivada para agir e com competências e confiança para iniciar a ação, tem maior probabilidade de iniciar ou manter comportamentos saudáveis que os previnam de contrair a infeção do VIH/SIDA.



3.5.2.3. Modelo das *Sexual webs*

Os modelos específicos para o VIH/SIDA vão beber às teorias da cognição social e pretendem fazer uma abordagem mais integradora dos comportamentos de risco tentando incluir componentes individuais e componentes de interação. Contudo, quando falamos de comportamentos sexuais de risco, falamos obrigatoriamente de relações sexuais e, mesmo estes modelos específicos falham na abordagem de questões tão pertinentes e emergentes na compreensão dos comportamentos relacionados com o sexo, como as novas tecnologias (pornografia pela internet) e os atributos sexuais (motivação sexual, tipos de relacionamento sexual, etc.). É com estes argumentos que Timiun (2011) propõe um modelo explicativo do comportamento sexual de risco. O modelo é conceptualizado com base em fatores socioculturais e contextuais que denomina de atributos sexuais e de redes sexuais. Os atributos sexuais contemplam a capacidade sexual, que se refere a todos os fatores demográficos, familiares, socioeconómicos, comunitários e globais que influenciam a capacidade de uma pessoa negociar ou executar uma relação sexual, a motivação sexual, que se refere aos benefícios esperados que encorajam as pessoas a ter relações sexuais (as formas de como as pessoas pretendem ter sexo e obter os benefícios esperados com ele), e a

performance sexual, que diz respeito às coisas que as pessoas fazem para praticarem uma relação sexual ou o que fazem durante os encontros sexuais. As redes sexuais, englobam diferentes tipos de relacionamento sexual ou as redes sexuais em si (a aceitação e as crenças sobre o sexo, características e atividades sexuais entre parceiros sexuais).

Terminada esta síntese de alguns dos modelos mais comuns na compreensão geral e específica da relação entre os comportamentos e o VIH/SIDA, dedicaremos a nossa atenção ao único modelo que associa risco de infeção pelo VIH/SIDA e o consumo de substâncias.

3.5.3. Um modelo específico de exposição dos consumidores de substâncias ao risco de infeção pelo VIH/SIDA

3.5.3.1. O modelo de exposição a situações de risco (Pechansky, 2001)

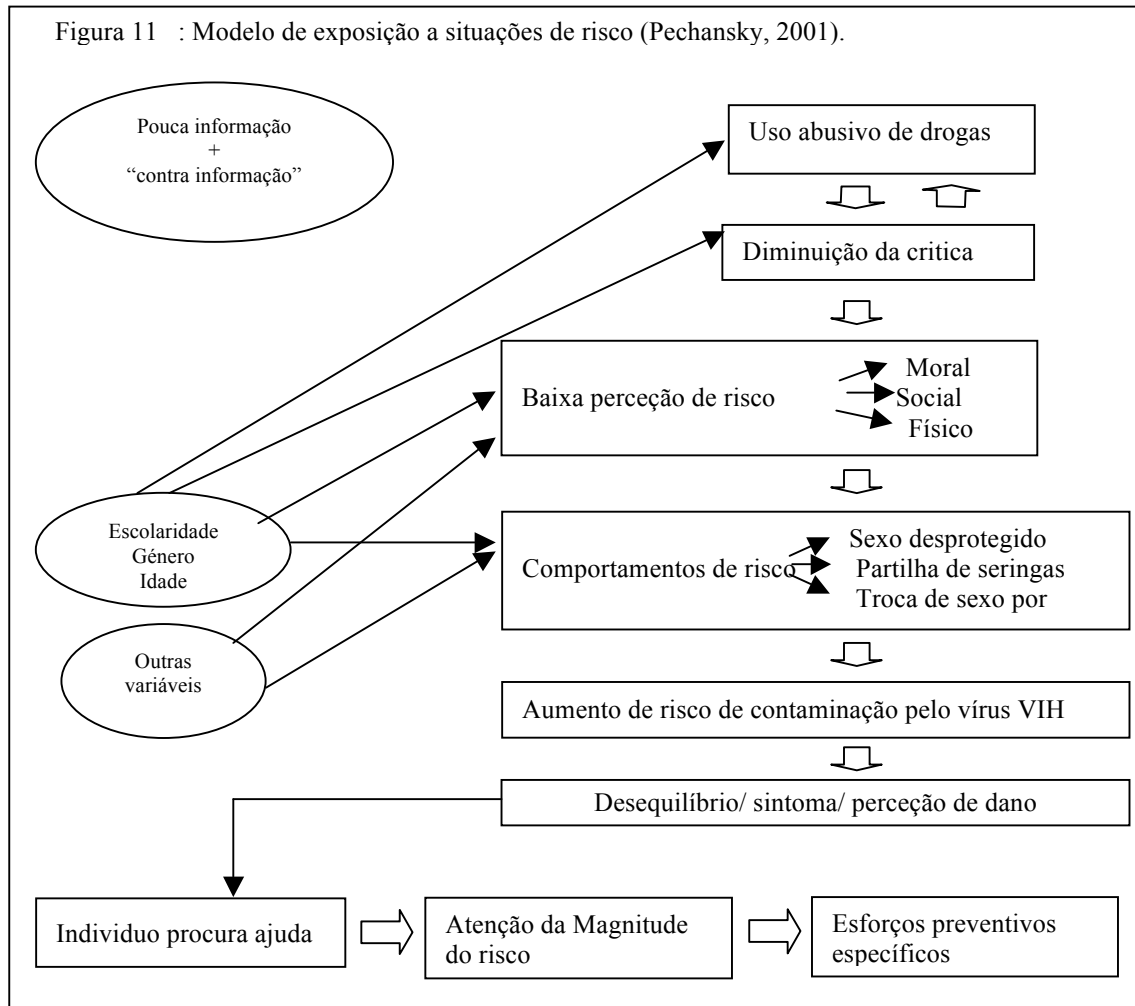
Este modelo desenvolvido especificamente para consumidores de substâncias, parte do princípio que o uso frequente e abusivo de substâncias leva o indivíduo a diminuir a sua visão crítica referente aos riscos específicos associados ao consumo sistemático de substâncias e aos riscos para saúde em geral.

A diminuição da crítica é influenciada pelos média, pela cultura e pelas crenças populares e pela própria “contrainformação” produzida pelo consumidor, que geram uma baixa perceção de risco por parte do indivíduo. Esta baixa perceção favorece, por sua vez, a participação em condutas ou situações de risco, como é o caso das relações sexuais desprotegidas. Tais condutas tendem a aumentar, assim, o risco de contaminação e transmissão do VIH de indivíduo para indivíduo, particularmente dentro da sua rede social.

Segundo o autor (Pechansky, 2001) as variáveis sociodemográficas podem potenciar a quantidade de condutas e situações de risco. Contudo o seu grau de interação ainda não é comprovado. Este cenário pode levar o indivíduo a aperceber-se do potencial dano a que está sujeito ou a que poderá sujeitar-se no futuro. Esta perceção tanto pode ser desencadeada por um momento específico (por exemplo um acidente sob o efeito da substância), ou por um conjunto de eventos que vão modificar a atitude do

indivíduo. Esta “fase” é coincidente com a contemplação do modelo de Estágios para a Mudança de Prochaska e DiClemente (1986).

É a partir deste momento, em que o sujeito percebe um dano potencial, que está apto a pedir ajuda, marcando um ponto crucial na sua mudança de comportamento.



Outro fator proposto pelo autor é o da interferência da informação quando se usa a substância, na diminuição ou aumento da crítica e percepção de risco. Este é de facto um componente importante na génese e manutenção do consumo de substâncias e da disseminação da SIDA, reforçando a ideia de que a informação acerca da transmissão, por si só, não é suficiente para modificar de forma substancial o comportamento dos indivíduos, e que a “contrainformação” leiga sobre os efeitos positivos e prazerosos do uso de substâncias e de determinadas condutas de risco, exercem uma enorme influência na manutenção dos comportamentos de risco. Deste modo, acrescenta a necessidade de informação bem sustentada e completa para que esta tenha o peso suficiente para

interferir na prática e comportamentos vigentes dos indivíduos, contrariando as forças que o mantêm exposto ao risco.

Este ponto sobre modelos de compreensão dos comportamentos, proporcionou a tomada de consciência acerca das divergências que existem dentro da comunidade científica, no que diz respeito à compreensão e prevenção dos comportamentos de risco. É perceptível a sobreposição de constructos entre vários modelos e a falta de evidência empírica que suporte de uma forma consistente a validade dos modelos e dos seus componentes. Se por um lado temos estudos que validam, por exemplo, a percepção de severidade da doença como variável capaz de predizer a mudança de comportamentos, por outro, temos autores que referem que a autoeficácia se assume como a variável com maior capacidade de predição dos comportamentos. Para além disso, não encontramos nenhuma meta-análise que comprovasse a superioridade de um modelo sobre outro, o que levanta ainda mais dúvidas sobre qual o mais adequado para implementação da mudança eficaz de comportamentos.

Além desta dificuldade, verificamos uma centralização dos modelos na agência humana, ou seja na volição. Apesar de alguns modelos referirem que fatores sociais, interpessoais e ambientais também interferem com o processo de tomada de decisão, eles centram todo o impacto nos fatores individuais.

Como descrevemos anteriormente, existe uma panóplia de modelos e teorias direcionados para os comportamentos de saúde. Contudo, eles trabalham em diferentes níveis e com propósitos diferentes. Enquanto os modelos como o MCS, TAR ou a TCP funcionam ao nível individual, tendo como objetivos a motivação, o treino de competências para reduzir ou eliminar comportamentos de risco, os modelos como a TCS incluem níveis mais interpessoais. Já as teorias de mudança como o modelo transteórico não explicam nenhum comportamento particular mas oferecem um quadro justificativo de como as pessoas mudam os seus comportamentos. Estes são os modelos mais generalistas sobre os comportamentos de saúde, podendo ser aplicados a um variado número de comportamentos diferentes.

Os modelos específicos para o VIH/SIDA tentam fazer uma abordagem mais integradora, contudo não deixam de avaliar os componentes do comportamento separadamente, não permitindo que se perceba a sua eficácia como modelo global.

Isto leva-nos a pensar que de fato ainda não foi encontrado um modelo ideal

para prevenir ou modificar comportamentos de risco. Por sua vez, consideramos que os modelos devem ser escolhidos para a sua aplicação prática de acordo com o tipo de população, com o contexto em que será aplicado e essencialmente em concordância com o comportamento que se pretende alterar ou manter.

3.6. Convergências e Divergências das políticas e práticas legislativas nacionais nos domínios do álcool e das drogas ilícitas face à infeção pelo VIH/SIDA

Num momento em que se nos afigura relevante procedermos a uma análise das respostas políticas e legislativas mais recentes desenvolvidas quer para o álcool quer para as drogas ilícitas, cumpre-nos sublinhar as seguintes premissas:

1. O álcool é uma substância de uso lícito, amplamente disseminada nos hábitos alimentares portugueses, e fortemente enraizada nos seus costumes, tradições e práticas diárias. O seu consumo excessivo é predominantemente assinalado quando assume a forma de “alcoolismo”, e apesar de formalmente reconhecido como a maior toxicodependência dos portugueses, padece de alguma complacência por parte dos domínios sociais e da saúde, complacência esta possivelmente explicada, pelo menos em parte, pelos fatores contextuais acima referidos;
2. A mortalidade associada direta e indiretamente ao álcool é muito superior à atribuída ao consumo de substâncias ilícitas, o mesmo acontecendo com a morbilidade,
3. O desenvolvimento de estratégias para lidar com os problemas ligados ao álcool tem tido um efeito que fica aquém dos objetivos anteriormente propostos, nomeadamente pela OMS-Europa que preconizava uma redução de 20% nos consumos (Estratégia Saúde para todos no ano 2000), valores estes que, em Portugal, nunca foram atingidos;
4. O consumo de álcool *per capita* mantém-se elevado, situando o nosso país no sétimo lugar, entre os países da Europa, e tem refletido mudanças nos padrões de consumo (nomeadamente com uma maior atenção dada ao *binge drinking*) mais do que nos volumes consumidos.
5. As respostas políticas têm vindo a considerar uma componente importante na redução da oferta, nomeadamente com a publicação de legislação limitativa dos

- consumos em jovens até aos 18 anos, bem como com a regulamentação dos consumos e condução rodoviária
6. Comparativamente com as 4 fases históricas postuladas para a evolução da aproximação política e legislativa às drogas ilícitas (Dias, 2007) podemos dizer que nos encontramos, para o álcool, na fase em que o modelo biopsicossocial é a referência dominante, não fazendo sentido a evolução para a descriminalização, uma vez que os consumos são despenalizados desde sempre.
 7. Os padrões de consumos de substâncias ilícitas em Portugal têm vindo a exibir um decréscimo nos consumos de heroína, acompanhado por usos mais significativos de cocaína e *ecstasy*. O mundo das drogas ditas legais recentemente abriu as suas portas a um público que não precisava de se esconder para adquirir substâncias muito semelhantes aos canabinóides, opiáceos, alucinogénios, entre outras, público este, que esteve salvaguardado pelo vazio legal existente até maio de 2013 (Decreto-Lei n.º 54/2013).
 8. As respostas terapêuticas às drogas ilícitas mantêm-se predominantemente orientadas para os dependentes de heroína, com premaxia dos programas de substituição opiácea.
 9. A descriminalização do consumo, enquanto prática de referência, inclusivamente em termos internacionais, encontra-se em avaliação, mas os indicadores recolhidos até ao momento permitem sustentar a aposta feita com a Lei n.º 30/2000.
 10. A entidade reconhecida como responsável nacional para as drogas e toxicod dependências integrou na sua orgânica as entidades regionais responsáveis pelas respostas aos problemas ligados ao álcool, em 2007, e foi extinta no corrente ano, com integração das suas competências e recursos nas Administrações Regionais de Saúde e no recém-criado SICAD.

Elencadas estas premissas que, em nossa opinião consubstanciam diferentes realidades, entendemos ter reunidas as condições essenciais para refletirmos sobre a associação álcool, substâncias ilícitas e infeção pelo VIH/SIDA, patente nos principais documentos norteadores das estratégias nacionais.

Quer para o álcool, quer para as drogas ilícitas, os anos de 1999/2000 foram anos de produção de documentos estratégicos que delineavam o saber e o fazer nestes domínios.

O Plano de Ação contra o Alcoolismo³⁰ não faz qualquer referência à temática do VIH/SIDA, mesmo quando salienta as patologias associadas ao consumo de álcool nos moldes que se seguem:

“Outras repercussões, diretas e indiretas, ao nível da mortalidade e da morbilidade, em particular: Por ação lesional, em geral insidiosa, em vários órgãos e sistemas, nomeadamente do aparelho digestivo (em particular, fígado, estômago e pâncreas); Relação com a indução de tumores malignos (em especial do aparelho digestivo, fígado e laringe e eventualmente da mama na mulher jovem) e de várias patologias do sistema nervoso central e do aparelho cardiovascular (em particular, hipertensão arterial e acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos)” (RCM n.º 166/2000 de 29 Novembro, capítulo II, p. 6840).

Já na Estratégia nacional contra as drogas de 1999³¹, em que o Governo entende que, mais de 20 anos depois de terem sido criadas em Portugal as primeiras estruturas institucionais vocacionadas para o problema da droga e da toxicodependência, é tempo de adotar uma verdadeira estratégia nacional de luta contra a droga, na linha do que já sucede em diversos outros países, a atenção atribuída à infeção pelo VIH/SIDA está centrada no domínio das políticas de redução de danos, e exclusivamente vocacionada para os consumidores de drogas por via injetada tal como transparece no excerto que se segue:

“Importa, antes do mais, aperfeiçoar a informação, tornando-a mais rigorosa e específica e salientando a possibilidade de contaminação através da utilização comum não apenas das seringas mas também da própria água, dos recipientes (colheres e caricas), de filtros e algodões. Por outro lado, é importante a construção de barreiras psicológicas que dificultem a passagem à forma injetável ou que promovam a passagem do consumo endovenoso ao consumo fumado. A divulgação dos resultados de análises às drogas apreendidas, com especial relevo para as drogas de síntese, pode contribuir, também, para prevenir situações de risco acrescido em função da respetiva composição. Finalmente, devem acautelar-se os riscos de más interpretações da informação, como por exemplo o erro de deduzir da fragilidade do VIH que as seringas voltam a ser seguras algum tempo depois de utilizadas por, pretensamente, o VIH ter sido destruído pela exposição ao ar. (...) Por outro lado, importa prosseguir o programa de troca de seringas, assegurando a cobertura de todo o território nacional. (...) São de estudar, também, processos alternativos de troca, seja através de distribuidores automáticos, seja pela

³⁰ Resolução do Conselho de Ministros n.º 166/2000 de 29 Novembro.

³¹ Resolução do Conselho de Ministros n.º 46/99

atribuição, em certas localidades, de responsabilidades nesta área a outras entidades, a começar pelas estruturas de saúde” (RCM n.º 46/99, capítulo VII, p. 3011)

Cerca de oito anos depois, e estando a integração dos Centros Regionais de Alcoologia concluída no IDT.IP., o Plano nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool (IDT, 2004), deixa bem claro que a mortalidade por doença hepática na infeção VIH parece ser cada vez mais relevante, sendo em alguns centros europeus a segunda causa de morte a seguir à SIDA propriamente dita. A grande maioria talvez pela associação VIH/VHC e álcool, já que a população infetada pelo VIH recorre frequentemente aos chamados policonsumos. Regista ainda a morte por SIDA de 876 indivíduos em 2005, mas cerca de 25% por cirrose hepática no contexto de coinfeção VIH com o vírus da hepatite C. O consumo de álcool é nestes casos também um fator agravante da evolução da cirrose (Marinho, 2008). É ainda sublinhado no documento que *“O uso nocivo de álcool associado ao comportamento sexual é um fator de risco para a transmissão das DST/VIH, visto que, quando ingerido antes ou no ambiente em que ocorre o ato sexual, favorece a prática sem preservativo. O local, o momento em que se consome a bebida e a quantidade ingerida, parecem ser fatores preponderantes na manutenção dessa associação”* (IDT, 2010, p.20).

Também no prefácio do Plano nacional contra a droga e a toxicod dependência 2004-2012³² encontramos a seguinte descrição:

“Quanto às doenças infecciosas, segundo os dados do CVEDT a 31/03/05, cerca de 48% do total acumulado de notificações de infeção pelo VIH eram casos associados à toxicod dependência, percentagem que tem vindo a decrescer nos últimos anos. Uma vez mais foi reforçada a tendência decrescente da percentagem de toxicod dependentes no conjunto de casos com diagnóstico de SIDA: 62%, 58%, 56%, 54%, 48%, 42% e de 39% dos casos diagnosticados respectivamente em 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 e 2004. Entre os grupos de utentes que recorreram em 2004 às diferentes estruturas de tratamento da toxicod dependência, as percentagens de positividade para o VIH variaram entre os 12% e os 28%. (...) Para além das oscilações anuais registadas, verifica-se nos últimos anos uma estabilidade a nível das percentagens de positividade para o VIH nestas populações. Deve contudo referir-se a baixa percentagem de rastreados, bem como a incapacidade do serviço para apresentar um único valor para todos os utentes em tratamento, independentemente dos valores em cada uma das estruturas, uma vez que estes podem

³² Resolução do Conselho de Ministros n.º 115/2006

significar apenas um critério terapêutico. Em 2004, as percentagens de toxicodependentes seropositivos que se encontravam com terapêutica anti-retrovírica variaram entre os 19% e os 68% nestas populações, sendo de um modo geral inferiores às registadas nos últimos anos” (IDT, 2005, p.16).

Faz pois algum sentido, que no âmbito da cooperação entre o IDT, I.P. e a Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA surgisse o Programa de Identificação Precoce e Prevenção da Infecção VIH/ SIDA Direcionado a Utilizadores de Drogas (Programa *klotho*), sustentado na constatação de que *“A epidemia de infecção pelo vírus VIH entre usuários de drogas injetáveis e sua propagação desta população a seus parceiros sexuais, parceiros de consumo e à comunidade em geral é um aspeto importante, mas muitas vezes negligenciado da epidemia global de SIDA”* (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2007). O programa centra-se nos utilizadores de drogas e é adaptado à especificidade da sua relação com as estruturas de saúde. Para tal, assume estrategicamente a tecnologia de testes rápidos de deteção da infecção VIH e maximiza as relações de referenciação entre diferentes prestadores de cuidados de saúde.³³

Para finalizar este ponto parece-nos importante salientar que em termos legislativos e essencialmente políticos a situação de Portugal no que respeita às substâncias psicoativas se pode definir como em processo de integração do álcool e das drogas ilícitas numa única política, atualmente baseada em documentos reguladores distintos, emanados por uma estrutura de coordenação única, o que de acordo com Muscat, Van de Mheen e Barendregt (2010) reflete um alinhamento com a mudança de paradigma que considera o uso de substâncias uma preocupação de saúde, mais do que uma questão legal.

A preocupação com o VIH/SIDA embora alargada aos consumidores de álcool na letra do legislador, mantém-se focalizada nas estratégias de redução de danos, que terão surgido exatamente como resultado da necessidade de enfrentar emergentes problemas de saúde, principalmente aqueles relacionados com a propagação do VIH

³³ Os objetivos do programa são obter melhor informação epidemiológica em relação à incidência da infecção em utilizadores de drogas e encaminhar mais precocemente utentes VIH positivos para estruturas de saúde, permitindo-lhes um tratamento adequado e dirigido mais cedo, com melhor qualidade e esperança de vida, desenvolvendo, assim, uma rede de identificação precoce da infecção pelo VIH e a prevenção entre os utilizadores de drogas (Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA, 2007).

(Muscat, Van de Mheen e Barendregt, 2010), e predominantemente dirigidas para utilizadores de drogas ilícitas.

4. Reflexão sobre o enquadramento teórico

As reflexões que os dados previamente apresentados suscitam, obrigam-nos a pedir emprestado o título que Sidibé, Piot e Dybul (2012) deram ao artigo publicado no *The Lancet* e que é – a SIDA não acabou (“*AIDS is not over*”). Os exercícios de entusiasmo sobre uma geração livre da SIDA, que os dados sobre a situação da epidemia, tanto a nível mundial como nacional possam provocar, assim como a visão inspirada da ONUSIDA de “chegar a zero”, fazem-nos pensar se estaremos a caminhar na direção certa, quando desvalorizamos a morbidade e mortalidade provocada pelo VIH/SIDA. O significado atribuído à cronicidade e controlabilidade atual da doença, proporcionada pelo acesso a terapêuticas farmacológicas altamente eficazes nos países desenvolvidos, poderá estar na base da perspetiva despreocupada das pessoas relativamente ao risco de infeção. Um bom exemplo disso é a reemergência da infeção em homens que têm sexo com homens. Não nos podemos esquecer que a mortalidade e morbidade relacionada com o VIH/SIDA poderiam ser evitáveis se a mudança comportamental acontecesse.

No entanto, não podemos deixar de valorizar todos os avanços já alcançados, tanto a nível internacional como nacional. Ao mesmo tempo temos consciência de que o caminho ainda é longo e que é necessário ultrapassar alguns obstáculos. O primeiro é ao nível epidemiológico. Os dados para a realidade portuguesa em relação ao VIH/SIDA parecem-nos insuficientes para que se consiga desenhar uma estratégia nacional mais abrangente, de forma a alcançar as tão desejadas zero infeções. Se cruzarmos as duas realidades abordadas neste trabalho (o VIH/SIDA e o consumo de substâncias) percebemos que as interceções só acontecem num sentido, o da ligação entre VIH/SIDA e consumo de substâncias pela via injetada. Contudo, a relação entre o risco de infeção e o consumo de substâncias pela via não injetada, nomeadamente o álcool, é real, mas os dados epidemiológicos não a conseguem confirmar, nem infirmar, pois simplesmente não existem. Isto leva-nos para o segundo obstáculo, as políticas, que nos parecem apenas ser uma tentativa superficial de ação, na medida em que definem um plano estratégico de luta contra o VIH/SIDA, com inúmeros objetivos e indicadores mas que não são aplicados na prática, como por exemplo o objetivo 3 do PNLCs que pretendia assegurar o acesso universal ao conhecimento do estado serológico, reduzindo as barreiras à realização do teste voluntário e à efetivação de uma referenciação adequada.

Este objetivo foi cumprido parcialmente com a introdução do Programa *Klotho*, no entanto, este mesmo programa ou o método ADR que o seguiu foram apenas direcionados à população consumidora de substâncias ilícitas, discriminando, mais uma vez, as pessoas com problemas ligados ao álcool.

O terceiro obstáculo, prende-se com a complexidade do fenómeno e com a falta de um modelo de compreensão global dos comportamentos humanos. Compreender o que determina os comportamentos de risco não é um exercício fácil, pois estes são influenciados por vários fatores, desde os individuais e contextuais, aos sociais, dificultando a integração do saber num modelo teórico válido. Contudo, a produção científica em Portugal nesta área é dispersa e pequena em quantidade, não permitindo a investigação meta-analítica de forma a se definir uma linha orientadora de aprofundamento do conhecimento da nossa realidade.

Foi com esta consciência que embarcamos na ideia de contribuir para o aumento desse conhecimento e possivelmente colaborar na delimitação de algumas estratégias de intervenção na área do VIH/SIDA e do consumo de substâncias. A parte prática que se segue, pretendeu abrir uma porta, não só para intervenção, mas também para a investigação nesta área que se mostra tão escassa.

CAPÍTULO II

PARTE PRÁTICA

1. Introdução aos estudos empíricos

“(...) a ciência, é ciência de um mundo real e este, pela sua natureza é mudança, movimento e variação constante. As proposições científicas, portanto, só têm uma estabilidade relativa, o que não quer dizer que, por isso, sejam falsas, pois exatamente por serem relativas, ajustam-se ao ritmo mutante e dinâmico do real. Nesse sentido, (...) as ciências humanas e sociais (...) são tão mutantes quanto a realidade que estudam” (Vázquez, 1999, como citado em Zanella & Sais, 2008, p. 684)

A parte prática da presente dissertação reflete todo um percurso de questionamento pessoal sobre a temática do VIH/SIDA, suscitado não só pela magnitude do problema que constitui, mas também pela constatação, de que, em alguns contextos de saúde dirigidos à prestação de cuidados a grupos da população mais vulneráveis, como é o caso de dependentes de álcool, a abordagem informativa/educativa bem como os procedimentos de rastreio e encaminhamento não são práticas regulares e sistematizadas.

Estavam pois criadas as condições para o surgimento do estudo exploratório, que serviu como primeiro momento de reflexão sobre o conhecimento acerca do VIH/SIDA e da perceção do risco, numa amostra de dependentes de álcool, e que constitui o ponto 1 desta parte empírica.

Neste enquadramento foi analisada uma amostra de conveniência constituída por 60 sujeitos de ambos os sexos (36 homens e 24 mulheres), com idades compreendidas entre os 27 anos e os 67 anos, que consentiram participar na investigação. Esta assumiu um formato descritivo, com o intuito de se perceber qual a qualidade da informação acerca das formas de transmissão, prevenção e conceitos acerca do VIH/SIDA, qual a perceção dos comportamentos de risco e sua associação ao consumo de álcool, num grupo de utentes de um serviço hospitalar especializado no tratamento de indivíduos com diagnóstico de dependência alcoólica.

Da informação recolhida e tratada quantitativamente neste estudo, surgiram dados, que, face à sua especificidade, nos deram indícios que apontavam para realidades diferentes, consoante se tratava de utentes com ou sem passado de consumo de substâncias ilícitas.

A curiosidade sustentada por estes dados, foi o ponto de partida para o desenho de uma investigação mais diferenciada, baseada na variável “consumos de substâncias”, constituindo assim, os conteúdos do ponto 2.

Assim, optamos por proceder à organização do segundo estudo, distinguindo dependentes de álcool (G1), dependentes de substâncias ilícitas (G2) e elementos de um grupo sem dependência de substâncias (G3), que analisamos quanto à perceção pessoal e efetividade dos comportamentos de risco, conhecimentos e estratégias de prevenção do VIH/SIDA, mas cumprindo procedimentos metodológicos semelhantes.

Os dois pontos referidos até aqui revestem-se de um formato quantitativo, que nos permite aceder a uma perspetiva da realidade, mensurável, objetiva e desta forma, quantificar a dimensão do problema e conhecer a relação entre as variáveis definidas como estruturais para a compreensão das problemáticas estudadas.

Com o intuito de clarificar alguns dos indícios obtidos optamos por mudar a perspetiva de análise complementando-a com uma vertente qualitativa, de acesso ao discurso de 40 sujeitos (20 dependentes de álcool, e 20 dependentes de drogas ilícitas), dando voz às suas experiências e modos subjetivos de ser e estar perante o VIH/SIDA e quem dele é portador.

O quadro que se segue resume as fases da investigação e os participantes em cada uma delas.

Quadro 7

Sumarização dos estudos e respetivas amostras da parte prática desta dissertação.

Fase da Investigação	Constituição da amostra		
Estudo exploratório (Estudo 1)	Dep. Alc.	36 homens + 24 mulheres	(N=60)
Avaliação de conhecimentos e perceção do risco para o VIH/SIDA (Estudo 2)	G1	Dependentes de álcool 47 homens, 25 mulheres	(N=82)
	G2	Dependentes de subst. Ilícitas 47 homens, 25 mulheres	(N=82)
	G3	Grupo sem dependência 47 homens, 25 mulheres	(N=82)
Avaliação qualitativa dos discursos (Estudo 3)	Dep. Alc.	7 homens, 3 mulheres	(N=10)
	Dep. Ilícitas	7 homens, 3 mulheres	(N=10)
Total	360 sujeitos		

Em termos de apresentação metodológica, e uma vez que replicamos os procedimentos na recolha de dados em dois dos estudos, optamos por não proceder à sua descrição exaustiva em cada um deles e por centrar no Estudo 1 o seu maior detalhe, escolha esta igualmente feita para os critérios de exclusão de participação na amostra.

As alterações introduzidas na entrevista semiestruturada que foi adaptada após o estudo exploratório serão justificadas aquando da sua apresentação.

No que diz respeito à metodologia usada cumpre-nos, antes de proceder à apresentação dos 3 estudos, salientar que procedemos à combinação de procedimentos quantitativos (dois primeiros) e qualitativo (terceiro estudo) na recolha e análise da informação.

As metodologias usadas para a produção de conhecimento nas ciências humanas e sociais, e principalmente na psicologia, têm sido alvo, ao longo dos anos, de alguns embates epistemológicos, sustentados na dicotomia quantitativo-qualitativo.

Apesar da história da investigação em ciências humanas e sociais, mostrar que ambas as metodologias foram aplicadas na mesma época – finais do séc. XIX, a necessidade de equiparação às ciências naturais promoveu, até há poucos anos, o paradigma quantitativo como método de excelência para a produção de conhecimento nas ciências humanas e sociais. A objetividade, a precisão e a generalização facultada pela intitulada “*hard data*”³⁴, permitiu que as áreas de conhecimento sobre o Ser Humano e o Social se assumissem como “verdadeiras” ciências (Zanella & Sais, 2008; Minayo e Sanches, 1993).

No campo do consumo de substâncias, os primórdios da investigação quantitativa remonta aos finais do séc. XIX. Um dos primeiros estudos sobre a dependência de morfina foi levado a cabo por Levisstein em 1875, que identificou elementos-chave da dependência de opiáceos (a saliência da substância e o síndrome de abstinência) (National Research Council, 1996).

O século XX foi fértil em produção bibliográfica que tentava enquadrar e compreender o abuso de drogas tendo por base as ciências biomédicas. Atualmente a maior parte dessas teorias foi descartada, possivelmente devido à emergência das ciências comportamentais durante o período pós-segunda guerra.

³⁴ Hard data: termo usado para descrever os dados obtidos na investigação quantitativa através da estatística indutiva. Emerge das chamadas “hard sciences”, que são caracterizadas como as ciências exatas que usam o método experimental (Denzin & Lincoln, 2005).

A investigação quantitativa teve como referência teórica o Positivismo, que postula que a única forma científica de apreender o social é através dos dados observáveis (Denzin & Lincoln, 2005; Serapioni, 2000; Minayo & Sanches, 1993). Baseia-se em dois argumentos metodológicos fundamentais: o primeiro, é sobre a uniformidade e regularidade do comportamento humano; o segundo, é sobre a possibilidade de estudo destas regularidades predizíveis. Para isso, utiliza instrumentos de medida que permitem objetivar o social, de forma a alcançar a quantificação das regularidades e uniformidades do comportamento humano (Minayo & Sanches, 1993).

O que as ciências médicas, psicológicas e sociais já ganharam com a investigação quantitativa em termos de conhecimento revertido em práticas mais eficazes é imensurável, ao nível. por exemplo, da epidemiologia, fundamental para o conhecimento estrutural das problemáticas nomeadamente na saúde e na doença, como taxas de incidência, ou percentagem de pessoas afetadas, e cujo método de recolha e análise dos dados é exclusivamente quantitativo.

Contudo, como Vázquez (1999) afirma, a ciência é mudança e variação constante. Neste sentido, entende-se que o conhecimento sobre a realidade é mais subjetivo do que objetivo, deixando espaço para que novas configurações metodológicas, sustentadas nos significados individuais mais subjetivos, emirjam como formas válidas e pertinentes de se aumentar o conhecimento sobre o comportamento humano. Pois, tal como Zanella e Sais (2008) defenderam – *“uniformizar diferenças que demarcam singularidades no processo de produção de conhecimento, oblitera a possibilidade de olhar criticamente o que se faz e diz, assim como são dificultadas as condições para engendrar práticas criativas necessárias à produção de respostas para os complexos problemas sociais que contemporaneamente se apresentam”* (p.3).

A história da investigação dos significados já conta com alguns anos. Rhothes (2001) refere que, os inícios da pesquisa qualitativa moderna remontam a 1822 com a publicação autobiográfica de De Quincey sobre o seu consumo de álcool e ópio (*“Confessions of an English Opium-Eater”*). A sustentação teórica desta metodologia nasce do Interacionismo Social, que ganha força com a Escola de Chicago nos anos 20 e 30 do século passado. Em termos conceptuais, o interacionismo social enfatiza a natureza situacional da ação individual, demonstrando a pertinência de se integrarem diversos métodos para a compreensão dos significados subjetivos e os contextos do comportamento. Deste modo, a investigação qualitativa tem como objetivo o

desenvolvimento de conceitos, que permitem compreender o fenómeno social no seu contexto natural, enfatizando a experiência, os significados e perspectivas de quem vive estas realidades (Pope & Mays, 1995).

E é dentro deste paradigma de compreensão do comportamento humano que surgem os primeiros trabalhos qualitativos na área das drogas e do comportamento desviante. Entre os finais dos anos 50 e os anos 70 a etnografia sobre o consumo de drogas trouxe à luz novos entendimentos sobre a problemática. Demarcando-se da perspectiva da medicina, da psicologia ou da psiquiatria que consideravam o consumidor como passivo ou desviante, esta nova perspectiva percebe o consumo de drogas como intimamente ligado ao contexto local de consumo e ao estilo de vida. É nesta época que surge a expressão sobre a adicção como estilo de vida. As várias etnografias publicadas na altura (Sutter, 1966; Agar, 1973; Preble & Miller, 1977), descrevem que os comportamentos interpretados como desviantes, eram considerados normais quando percebidos pela perspectiva do consumidor e enquadrados no contexto social específico onde estes ocorriam (Rhodes, et al., 2001).

A investigação qualitativa na área das drogas apresenta três marcos históricos importantes, que definiram a direção de toda a pesquisa efetuada com esta metodologia. O primeiro é o período anterior à segunda guerra mundial cujo foco principal da pesquisa era determinar a razão pela qual as pessoas consumiam drogas. O segundo marco, é o posterior à guerra e o interesse da investigação centra-se na compreensão de como é que as pessoas consumiam drogas. O terceiro, é definido como o período posterior ao surgimento da SIDA. Se até esta altura a investigação apenas se tinha dedicado a descrever exaustivamente as populações escondidas personalizadas pelos consumidores de drogas e o seu estilo de vida, não se preocupando muito com questões relacionadas com a saúde pública (como por exemplo os riscos associados à injeção de drogas), a emergência da SIDA veio reverter esta tendência. Podemos mesmo afirmar que a SIDA imprimiu mudanças consideráveis na investigação qualitativa do consumo de drogas. É a partir desta altura que a principal preocupação se centra nos riscos associados ao consumo, tendo sido publicados uma série de estudos descritivos sobre os comportamentos de risco associados a esta prática (Rhodes, et al., 2001).

Como pudemos perceber com o exposto anteriormente nesta introdução, ambas as metodologias (quantitativa e qualitativa) têm pontos fracos e fortes e reforçamos que na investigação em ciências humanas e sociais as problemáticas são mutantes e

complexas. Se numa destas duas perspetivas conseguimos perceber a dimensão e estrutura do fenómeno, com a outra acedemos em profundidade aos significados de ser e/ou viver esse mesmo fenómeno. Neste sentido, temos consciência de que não existe um método de investigação único e totalmente capaz de analisar e compreender os fenómenos. Este deve ser escolhido tendo em conta os objetivos da investigação, pois só após a definição do que se pretende estudar, é que é possível escolher a melhor forma de o fazer.

Seguidamente, apresentamos uma síntese proposta por Teixeira (2004), dos principais pontos que distinguem estas duas metodologias relativamente ao objeto da investigação, à função do investigador e ao conhecimento que proporciona, e que resumem as vantagens e desvantagem de cada uma delas.

Pressupostos e preocupações inerentes à investigação quantitativa:

- a) Focalização na explicação como objeto da investigação: surgiram da procura científica da relação “causa-efeito”, de forma a facilitar a generalização. Rejeitam a unicidade e destacam a explicação e o controle. Para isso, recorrem a medições formais e à estatística
- b) Função impessoal do investigador: a quantificação retira da investigação as singularidades, a contextualidade dos eventos e a individualidade do investigador, remetendo-o para um papel mais descritivo das generalidades.
- c) Aposta no conhecimento descoberto: os métodos lógicos e dedutivos fornecem uma visão da realidade constituída por várias partes, o que permite à investigação recolher dados de pequenas porções dessa mesma realidade, a partir dos quais o investigador desenha uma rede complexa de ligações que unem essas partes para poder descrever o fenómeno que está a estudar.

Pressupostos e principais características da investigação qualitativa:

- d) Focalização na compreensão como objeto de investigação: a interpretação assume um lugar central na investigação qualitativa, deste modo, os resultados constituem-se mais como acertos do que como descobertas. Os resultados apresentam-se como descrições compreensivas da experiência e por isso esperam-se realidades múltiplas. Como a compreensão dos fenómenos requer a consideração de uma variedade de contextos (temporais, espaciais, históricos, políticos, económicos, culturais e sociais), a unicidade dos casos e dos contextos

é aceitável e fulcral nesta abordagem. Deste modo, a procura da compreensão não se baseia em escalas e medidas, mas em relatos de episódios ou testemunhos pessoais, na observação direta, entre outros.

- e) Função pessoal do investigador: A qualidade subjetiva dos estudos qualitativos é o reflexo de que a investigação resulta da interação do investigador com o(s) sujeito(s). Inclusivamente é reconhecido o peso da elaboração pessoal e experiencial do investigador na apresentação dos resultados, esbatendo-se a sua posição privilegiada de especialista.
- f) Aposta no conhecimento construído: Estas metodologias baseiam-se na assunção de que o conhecimento é algo que se constrói, mais do que se descobre, adotando uma postura claramente construtivista.

Estamos conscientes que uma abordagem qualitativa nos dirige “*para o pluralismo e para a polivocalidade, recorrendo a estratégias analíticas e enfatizando a variedade dos modos de representação que nos foram disponibilizados pelos sujeitos participantes*” (Teixeira, 2004, p. 236), o que nos obriga em simultâneo à utilização de um conjunto de procedimentos requeridos para a organização e trabalho dos dados qualitativos, que garantam a clareza das diversas vozes.

Estamos conscientes das diferenças entre estas abordagens, quer quanto à recolha de dados, aos níveis de análise, à filosofia subjacente, quer quanto à linguagem usada na interpretação da(s) realidade(s). Se, de acordo com McKeganey (1995), os investigadores qualitativos falam da “sensibilidade dos dados” como contraponto “à interação entre variáveis complexas” defendida pelos pesquisadores de índole quantitativa, tentamos na presente dissertação ultrapassar esta barreira, cientes de que o domínio das dependências de substâncias surge como privilegiado para este cruzamento de perspetivas.

Tal privilégio decorre, em termos latos, da necessidade de estudos ao nível da população e dos grupos, da procura de respostas para a influência e conjugação dos fatores mais amplos no aparecimento das vulnerabilidades em alguns indivíduos e não noutros, mas igualmente da consciência cada vez mais nítida de que o envolvimento profundo nos temas das vidas dos sujeitos alcoólicos permite uma compreensão do alcoolismo diferente.

A perspetiva assumida na investigação que corporaliza a parte prática da presente dissertação tem, pois, a intenção de rentabilizar a complementaridade das duas

perspetivas, beneficiando do reconhecimento de que a diversidade de tipos e de representações encoraja a variedade de géneros, bem como a sua mistura (Coffey, Holbrock & Atkinson, 1996).

2. Estudo 1 – À descoberta de associações entre Dependência de Álcool, doenças hepáticas víricas (VHB e VHC) e VIH/SIDA.

Segundo a OMS (2012) o álcool é responsável por mais de 40 tipos de doenças e constitui o terceiro maior fator de risco de mortalidade e morbidade em todo o mundo.

A doença hepática é tradicionalmente a patologia mais associada ao consumo de álcool, assumindo maior relevo quanto maior a quantidade de álcool consumida. Por sua vez, o consumo excessivo de álcool está associado ao aumento significativo do risco de doenças infecciosas como é o caso das hepatites víricas e do VIH/SIDA (OMS, 2012; Martínez, 2006).

Ao nível das consequências do álcool em termos hepáticos, podemos referir que este apenas é responsável por um tipo de hepatite – a hepatite alcoólica. No entanto, apesar de não existir causalidade direta entre consumo de álcool e hepatites víricas (B, C e outras), vários estudos (Oswald, 2012; Schiff & Ozden, 2004) demonstram que há uma maior prevalência de hepatite C em dependentes desta substância.

Já no que se refere ao VIH/SIDA, a intoxicação alcoólica tem sido relacionada com a falha no uso de preservativos e, em consequência, com as doenças sexualmente transmissíveis e com as gravidezes não planeadas. Apesar disso, os interesses da investigação não se têm encaminhado muito nesta direção, havendo reduzido número de estudos com relevante interesse antes da descoberta do VIH/SIDA. Só a partir desta altura é que a relação entre drogas psicoativas e comportamentos sexuais ganhou alguma importância.

A preocupação central sobre o consumo de drogas na sua generalidade e a sua relação com comportamentos sexuais de risco para o VIH/SIDA, prende-se com o conceito de “desinibição”, que já tinha sido objeto de estudo quando se abordaram questões como a relação entre o álcool e o crime (Plant & Plant, 1997).

Ao longos dos anos, vários estudos têm sido realizados conjugando estas duas variáveis (álcool e comportamentos de risco), e a sua grande maioria (Rehm, 2011; Fritz, Morojele, & Kalichman, 2010; Shuper, Joharchi, Irving, & Rehm, 2009; Cardoso, Malbergier, & Figueiredo, 2008; Kalichman, Simbayi, Kaufman, Cain, & Jooste, 2007;

Mbulaiteye, Ruberantwari, Carpenter, Kamali, & Whitworth, 2000), converge para a conclusão de que o álcool está relacionado com os comportamentos sexuais que colocam as pessoas em risco de se infectarem pelo VIH/SIDA. Já em 1989, Plant, Plant, Peck e Setters referiam que os comportamentos sexuais de “alto” risco estão associados ao consumo de álcool.

McEwan, McCallum, Bhopal e Madhok (1992), sublinharam a associação entre hábitos de consumo de bebidas alcoólicas e comportamentos sexuais inseguros. No mesmo sentido, Petry (1999) salientou que as pessoas com problemas ligados ao álcool têm maior probabilidade de se infectarem pelo VIH. Também Maisto e colaboradores (2004) concluíram no seu estudo sobre os efeitos do álcool na perceção do risco para a contaminação pelo VIH/SIDA em mulheres heterossexuais, que a intoxicação pelo álcool pode ter efeitos negativos na motivação para relações sexuais seguras.

Foi pois este pavimento teórico, a par da constatação empírica de que a avaliação dos comportamentos de risco junto de dependentes de álcool enquanto grupo de particular vulnerabilidade, poderia ser alvo de uma análise mais apurada, que sustentou o presente estudo empírico.

Em termos de desenho de investigação a referida análise teve um carácter observacional, descritivo e exploratório.

A vertente descritiva tem como objetivo a produção de conhecimento nos domínios escolhidos, através de procedimentos descritivos, correlacionais e diferenciais, com o propósito de aceder a eventuais especificidades de associação e diferenciação entre grupos de variáveis.

Assim, num primeiro momento, pretendeu-se adquirir informação sobre algumas questões que suscitaram interesse para a investigação, avaliando igualmente a pertinência dos dados obtidos no processo de pesquisa, sem intenção de infirmar ou confirmar hipóteses previamente definidas.

Em alternativa apresentamos um conjunto de objetivos específicos que assumiram a centralidade deste primeiro estudo:

1. Conhecer a perceção dos comportamentos de risco para a infeção do VIH/SIDA e para a infeção das hepatites víricas (VHB e VHC) num grupo de indivíduos com diagnóstico de dependência alcoólica;

2. Conhecer a existência ou não de práticas efetivas de comportamentos de risco para a infecção por VHB, VHC e VIH/SIDA neste mesmo grupo;
3. Conhecer os padrões de consumo de álcool e seus eventuais efeitos percebidos no relacionamento sexual dos elementos da amostra;
4. Conhecer a frequência de práticas de despiste das doenças infecciosas como a hepatite B e C e o VIH/SIDA neste grupo de dependentes de álcool, e nos seus parceiros;
5. Identificar o nível de conhecimentos sobre o VIH/SIDA apresentado por este grupo, bem como as especificidades deste conhecimento;
6. Verificar se existe associação entre a percepção dos comportamentos de risco pessoais e a prática efetiva de comportamentos desta natureza;
7. Verificar se existe associação entre a prática efetiva de vários comportamentos de risco, quando comparados entre si;
8. Verificar se existe associação entre a percepção dos comportamentos de risco pessoais e o conhecimento acerca do VIH/SIDA;
9. Verificar se existe associação entre a prática efetiva de vários comportamentos de risco, e o conhecimento acerca do VIH/SIDA;
10. Verificar se existem diferenças com significado estatístico na percepção de comportamentos de risco pessoais, consoante o género, habilitações literárias, estado civil e história de consumo de substâncias ilícitas;
11. Verificar se existem diferenças com significado estatístico na prática efetiva de comportamentos de risco, consoante o género, habilitações literárias, estado civil e história de consumo de substâncias ilícitas;
12. Verificar se existem diferenças com significado estatístico quanto ao conhecimento acerca do VIH/SIDA consoante o género, habilitações literárias, estado civil e história de consumo de substâncias ilícitas;

Na sequência dos objetivos acabados de enumerar cumpre-nos apresentar as variáveis que sustentaram a prossecução da presente investigação. Assim, temos como variáveis principais a percepção de risco individual, as práticas efetivas /comportamentos de risco, o despiste de VHB, VHC e VIH/SIDA, e os conhecimentos sobre o

VIH/SIDA. Como variáveis secundárias temos o gênero, o grupo etário, a escolaridade e o consumo de substâncias.

2.1. Método

Como já foi previamente referido, o presente estudo assume num primeiro momento um formato descritivo, com o intuito principal de compreendermos qual a qualidade da informação acerca das formas de transmissão, prevenção e conceitos acerca do VIH/SIDA, qual a percepção dos comportamentos de risco e que tipo de conhecimento acerca do VIH/SIDA e das suas formas de transmissão prevalece num grupo de utentes de um serviço hospitalar especializado no tratamento de indivíduos com diagnóstico de dependência alcoólica. A abordagem ao VHB e ao VHC é igualmente feita, mas apenas quanto ao seu rastreio na amostra estudada. O segundo momento reveste-se de um formato comparativo, visando detalhar associações e diferenças entre variáveis.

2.1.1. Amostra

A amostra recolhida foi não probabilística ou intencional³⁵ e de conveniência, e foi constituída por 60 sujeitos de ambos os sexos (36 homens e 24 mulheres), com idades compreendidas entre os 27 anos e os 67 anos, que consentiram participar neste estudo. Tinham como característica comum preencherem os critérios de diagnóstico para “dependência de álcool” (anexo II) de acordo com o Manual para a Classificação das Doenças Mentais versão IV revista - DSM IV-TR (APA, 2006).

2.1.2. Instrumentos da avaliação:

a. Formulário de consentimento³⁶:

Trata-se de um termo de consentimento (anexo III) que tem como objetivo assegurar do ponto de vista ético e científico a anuência consciente e informada do

³⁵ Amostragem não probabilística ou intencional: Os elementos da amostra são julgados como adequados baseado em escolhas de casos específicos, na população onde o pesquisador está interessado.

³⁶ Encontra-se no anexo III.

participante no projeto de investigação, bem como salvaguardar a sua desistência, em qualquer momento da sua participação.

b. Entrevista estruturada³⁷:

A recolha de dados foi efetuada através de uma entrevista estruturada, construída para o efeito e dividida em quatro partes: a primeira contemplava a recolha de informação relativa à identificação e à caracterização sociodemográfica (pontos 1 a 6); a segunda continha questões relacionadas com comportamentos de risco para a infeção por hepatites víricas e pelo VIH/SIDA, nomeadamente com a perceção do risco e a prática efetiva de alguns destes comportamentos (pontos 7 a 10). A terceira parte comportava oito questões cujo teor visava caracterizar o consumo de álcool e de drogas ilícitas por parte dos elementos da amostra (pontos 11 a 14), e finalmente a quarta parte centrava-se na realização, ou não, de testes de despiste para Hepatite B e C e VIH, (pontos 15 a 18). As questões eram predominantemente de resposta sim/não, ou de escolha múltipla.

c. Questionário de conhecimentos e informação sobre o VIH/SIDA (QCVIH)³⁸:

Trata-se de um questionário que contempla 24 perguntas relativas a conhecimentos acerca do VIH/SIDA (englobando questões sobre informação, infeção/contaminação e prevenção) usado pela CNLCS (Comissão Nacional de Luta Contra a Sida), em que as respostas assumem o formato de verdadeiras ou falsas. A cotação disponível on-line³⁹ classificava como conhecimento insuficiente um total de 0 a 9 acertos; como conhecimento básico um total de 10 a 19 acertos e como conhecimento adequado 20 a 24 respostas corretas.

³⁷ Encontra-se no anexo III.

³⁸ Encontra-se no anexo III.

³⁹ Disponível em <http://www.sida.pt>

2.1.2.1. Características psicométricas do Questionário de conhecimentos sobre o VIH/SIDA (QCVIH):

Parece-nos imprescindível referir que a validação de um instrumento ainda não aferido para a população portuguesa não se configurou como objetivo deste estudo devido ao reduzido número de elementos da amostra. Todavia, os procedimentos enunciados no presente ponto tiveram na origem o desejo de sustentar esta investigação em critérios rigorosos, permitindo através do estudo das suas principais características psicométricas em termos de validade de constructo, validade dos itens, e fidelidade, considerar o seu desenvolvimento e adaptação adequados ao presente contexto de investigação (Almeida & Freire, 2003).

A validade de construto visa validar a estrutura teórica que sustenta um instrumento de medida, tendo-se optado por recorrer ao método de análise fatorial em componentes principais (ACP), utilizando o mínimo valor próprio (*eigenvalue*) de 1 como critério para a retenção da componente. A análise de componentes permitirá verificar em que medida cada instrumento está saturado pela variância comum e em que medida os seus resultados dependem da variância específica. A proporção da variância total dos resultados do instrumento, que é a já referida variância comum, é um índice da validade de construto. Pretende-se pois, que para todas as variáveis consideradas na análise, se encontrem valores elevado de comunalidade, aqui definida como a proporção da variância de uma variável que é explicada pela solução fatorial encontrada.

Como requisitos amostrais para a realização da ACP encontramos os seguintes:

1. O tamanho da amostra - Tratando-se a ACP de uma análise de tipo correlacional o tamanho absoluto da amostra é de particular relevância (Hair Jr, Black, Babin, & Anderson, 2010), sendo sugerido o valor de N=100 como apenas aceitável e N=300 como fiável. Sendo a nossa amostra de 60 sujeitos, e tendo em linha de conta que a confiabilidade da solução fatorial encontrada depende também das comunalidades encontradas (que quando são todas elevadas a ACP numa amostra relativamente pequena pode ser fiável) recorreremos ao teste *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* que nos permite aceder à adequação da amostra à estrutura de correlações em análise, sendo o valor mínimo aceitável de 0,5.

2. A análise da matriz de correlações - Para aferir a qualidade da matriz de correlações subjacente (suficiente número de correlações que sejam significativas) recorreremos ao *Teste de Bartlett* ($p < ,05$), que através de um valor de χ^2 testa se a matriz em questão não é uma matriz de identidade (que ocorre quando as variáveis apenas se correlacionam consigo próprias).

Para avaliar a fidelidade recorreremos ao estudo da consistência interna do instrumento através do *Alfa de Cronbach*, enquanto forma de avaliar se o total dos itens utilizados na operacionalização do construto se correlacionam. Dadas as características das variáveis (dicotómicas não categoriais), o procedimento utilizado pelo SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) é a variante do Alfa de Cronbach, *Kuder-Richardson* fórmula (KR-20), automaticamente obtido para este tipo de medidas.

2.1.2.1.1. Análise Fatorial

Não tendo sido encontrados quaisquer estudos publicados acerca das características psicométricas deste questionário, a análise foi sustentada nos procedimentos atrás referidos, tendo-se encontrado um valor para a medida *KMO* de ,511, que se encontra no limite para considerar a amostra adequada a um procedimento de análise por extração de componentes principais. Para além da medida *KMO*, também o *Teste de Bartlett* apresentou um resultado significativo ($p \leq ,001$), que se considera igualmente indicativo de adaptabilidade à análise de componentes principais (Pestana & Gageiro, 2008).

Quadro 8
Variância total explicada.

Componentes	<i>Eigenvalues</i> Iniciais		
	Total	% da Variância	% Cumulativa
1	4,273	19,421	19,421
2	2,484	11,289	30,710
3	1,714	7,792	38,502
4	1,675	7,613	46,115
5	1,484	6,747	52,862
6	1,297	5,894	58,756
7	1,161	5,278	64,034
8	1,106	5,025	69,059
9	1,020	4,638	73,698

Esta análise apresentou inicialmente nove fatores responsáveis por 73,7% do total da variância (quadro 8).

A análise detalhada da agregação dos itens com o objetivo de enquadrar teoricamente estes achados não se revelou frutífera, pelo que optamos por manter a versão original do questionário.

As comunalidades encontradas são em todos os itens superiores a 0,50 (ou seja, responsáveis por mais de 50% da variância comum ou explicada pela estrutura fatorial encontrada) (quadro 9), não havendo por isso necessidade de exclusão de itens.

Quadro 9

Análise dos componentes principais pelo método de extração, comunalidades entre os itens do QCVIH.

Itens	Extração
1. Quando se está infetado com o HIV é para o resto da vida	,820
2. Uma pessoa que tem um teste HIV positivo tem SIDA	,565
3. Pode-se contrair o HIV ao utilizar uma sanita anteriormente usada por uma pessoa seropositiva	,709
4. Pode-se contrair o VIH através da picada de mosquitos	,728
5. Pode-se contrair o HIV através de relações sexuais com uma pessoa infetada	,837
6. Se uma mulher seropositiva estiver grávida pode transmitir o vírus ao seu bebé	,644
7. Pode-se contrair o HIV através da comida e talheres	,734
8. Pode-se contrair o HIV ao doar/dar sangue	,718
9. As pessoas casadas também podem ficar infetadas com o HIV	,642
10. É um risco abraçar uma pessoa seropositiva	,769
11. As pessoas infetadas com o HIV podem infetar outras através do sangue	,688
12. Não há maneira de nos protegermos contra o HIV/SIDA	,684
13. Existe uma vacina que nos protege do HIV/SIDA	,630
14. As pessoas com SIDA necessitam estar sempre no hospital e não em casa	,859
15. O preservativo usado corretamente previne a infeção pelo HIV e outras DST's	,760
16. O preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual	,730
17. Uma pessoa infetada com o HIV/SIDA não pode ir à escola nem trabalhar	,858
18. A SIDA tem cura	,731
19. A tosse e o espirro podem ser meios de transmissão do HIV	,815
20. Um preservativo pode ser usado mais de uma vez	,785
21. As relações sexuais entre dois homens podem transmitir o HIV, se um deles estiver infetado	,816
22. O uso da pílula protege a mulher de ser infetada com o HIV	,693

2.1.2.1.2. Consistência Interna

Este questionário apresenta um índice alto de consistência interna (*Alfa de Cronbach* = ,738), e apesar da supressão de alguns itens pudesse elevar o valor de Alfa

(itens 1, 3, 7, 9, 12, 16, 17, 21, e 22) o reduzido incremento que resultaria não justificou, em nossa opinião, a sua eliminação (quadro 10).

Quadro 10
Resultados da análise da consistência interna do QCVIH.

Itens	Correlação do item com o total da escala	Valor de Alfa se o item for eliminado
1. A maior parte das pessoas seropositivas tem um aspeto saudável	-,016	,752
2. Quando se está infetado com o VIH é para o resto da vida	,306	,728
3. Uma pessoa que tem um teste VIH positivo tem SIDA	,001	,758
4. Pode-se contrair o VIH ao utilizar uma sanita anteriormente usada por uma pessoa seropositiva	,488	,711
5. Pode-se contrair o VIH através da picada de mosquitos	,476	,710
6. Pode-se contrair o VIH através de relações sexuais com uma pessoa infetada	,038	,740
7. Se uma mulher seropositiva estiver grávida pode transmitir o vírus ao seu bebé	-,052	,748
8. Pode-se contrair o VIH através da comida e talheres	,642	,698
9. Pode-se contrair o VIH ao doar/dar sangue	-,004	,750
10. As pessoas casadas também podem ficar infetadas com o VIH	,236	,734
11. É um risco abraçar uma pessoa seropositiva	,554	,706
12. As pessoas infetadas com o VIH podem infetar outras através do sangue	,026	,740
13. Não há maneira de nos protegermos contra o VIH/SIDA	,293	,729
14. Existe uma vacina que nos protege do VIH/SIDA	,554	,702
15. As pessoas com SIDA necessitam estar sempre no hospital e não em casa	,331	,726
16. O preservativo usado corretamente previne a infeção pelo VIH e outras DST's	,074	,740
17. O preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual	,026	,740
18. Uma pessoa infetada com o VIH/SIDA não pode ir à escola nem trabalhar	,550	,706
19. A SIDA tem cura	,229	,733
20. A tosse e o espirro podem ser meios de transmissão do VIH	,677	,689
21. Um preservativo pode ser usado mais de uma vez	,109	,738
22. As relações sexuais entre dois homens podem transmitir o VIH, se um deles estiver infetado	,095	,738
23. O uso da pílula protege a mulher de ser infetada com o VIH	,328	,726

Trata-se de um primeiro estudo desta escala numa amostra portuguesa, sendo necessário que os dados sejam replicados noutras amostras. No entanto, os dados de fidelidade e validade encontrados são promissores e permitem a utilização desta escala com confiança no estudo apresentado.

2.1.3. Procedimentos

2.1.3.1. Recolha dos Dados

Os critérios de exclusão da amostra considerados foram o analfabetismo, na medida em que o questionário era autoadministrado, embora em presença do entrevistador, bem como a existência de consumos recentes de substâncias (o critério de inclusão era estar abstinente há pelo menos 15 dias).

Os questionários foram administrados por dois investigadores, um do sexo feminino, outro do masculino, emparelhando o género do investigador com o dos participantes. Optou-se por este procedimento com o intuito de diminuir qualquer possibilidade de embaraço por parte dos sujeitos da amostra, já que um entrevistador do sexo oposto poderia causar esse efeito, dado o carácter de algumas questões que se reportavam à intimidade sexual dos indivíduos.

A recolha da informação foi feita junto de utentes de uma unidade pública de tratamento especializado para utentes dependentes de álcool, e os participantes encontravam-se em regime de acompanhamento em consulta externa, inseridos no seu contexto familiar e social.

A sequência dos procedimentos foi a seguinte: depois de preenchido o formulário de consentimento, tinha início a entrevista estruturada, à qual se seguia o autopreenchimento do QCVIH, mantendo-se o entrevistador disponível para eventuais esclarecimentos de dúvidas que pudessem ter lugar.

2.1.3.2. Análise estatística dos dados

O tratamento estatístico foi feito sempre que possível recorrendo a testes não paramétricos pois apesar de o número de elementos da amostra cumprir a regra do teorema do limite central de ser superior a 30, o estudo da normalidade de distribuição quer das variáveis sociodemográficas, quer das restantes extraídas da entrevista e do questionário, realizada através da medida *Kolmogorov-Smirnov* revelou que na sua maior parte, as variáveis não tinham uma distribuição normal (com exceção da idade) apresentando um $p \leq ,2$.

A restante análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequência absolutas e relativas, médias e respectivos desvios padrão) e estatística inferencial. Nesta usou-se a análise factorial exploratória, a análise de consistência interna, o teste do *Qui-quadrado* de independência, o teste de *Phi de Pearson*, o teste de *V de Cramer*, coeficientes de correlação *Ró de Spearman* e o teste *U de Mann-Whitney*.

A aplicação informática usada foi o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0).

2.2. Apresentação dos resultados

A análise da informação obtida contempla uma primeira abordagem descritiva, uma segunda de associação entre variáveis, e finalmente uma abordagem diferencial. Os dados que se seguem são elencados de acordo com a ordem de administração dos instrumentos já anteriormente referidos.

2.2.1. Análise descritiva

Esta análise inicia-se com a descrição dos dados encontrados referentes aos aspetos de índole sociodemográfica, aos quais se seguem informações relativas a relacionamentos, parceiros, perceção individual de comportamentos de risco e prática efetiva de um conjunto de comportamentos que se podem configurar como de risco. Os itens que visavam caracterizar globalmente os padrões de consumo de álcool (e outras substâncias) dos respondentes, bem como o impacto destes consumos na atividade sexual dos mesmos são detalhados posteriormente, tal como acontece com a informação relativa ao rastreio do HVB (hepatite B), HVC (hepatite C) e VIH/SIDA.

Passamos de seguida a relatar a informação recolhida, baseados na análise de frequências, de algumas medidas de tendência central e na descrição de tabelas de cruzamento de variáveis.

2.2.1.1. Análise descritiva dos dados obtidos com a entrevista estruturada

A entrevista estruturada que se encontra no anexo III foi organizada de acordo com áreas temáticas que, apesar de interligadas, constituíam blocos específicos de

recolha da informação. Todavia, para além da análise dos itens que se encontram agregados por temáticas, procedemos num segundo momento à análise descritiva, através de *crosstabs*, da distribuição da frequência de diferentes variáveis de acordo com a perceção individual de risco.

2.2.1.1.1. Dados sociodemográficos

No que respeita à secção relativa aos dados de índole sociodemográfica temos uma amostra constituída por 60 sujeitos de ambos os sexos (60% homens e 40% mulheres), com idades compreendidas entre os 27 anos e os 67 anos, sendo a média de idade de 45 anos ($DP=8,955$). Quanto ao estado civil, 61,7% da amostra era casada ou em convivência de união de facto, seguindo-se o estado civil de divorciado/separado com 18,3% ($n=11$), o de solteiro com 16,7% ($n=10$) e o de viúvo com 1,5% ($n=1$). Os restantes 1,7% assinalaram o seu estado civil como “outro” (quadro 11).

Quadro 11

Frequências relativas às variáveis sociodemográficas (Estado Civil, Habilitações Literárias e Situação profissional).

Dependentes de álcool	(N= 60)	n	%
Estado Civil			
Solteiro		10	16,7
Casado		37	61,7
Divorciado		11	18,3
Viúvo		1	1,7
Outro		1	1,7
Habilitações Literárias			
1º Ciclo		35	58,3
2º Ciclo		10	16,7
3º Ciclo		6	10,0
Ensino Secundário		6	10,0
Ensino Superior		3	5,0
Situação Profissional			
Estudante		1	5,0
Empregado/a		20	40,0
Desempregado/a		20	40,0
Reformado/a		3	15,0

No que respeita ao nível de escolaridade, a maior parte da amostra (58%; n=35) tinha frequência do 1º ciclo, e 17% (n=10) cumpriu o 2º ciclo. Encontramos percentagem idêntica para o 3º ciclo e para o secundário (10%; n=6), enquanto os valores desciam para 5% (n=3) para aqueles respondentes com frequência do ensino superior.

A situação profissional da amostra está na sua maioria igualmente dividida entre pessoas empregadas (40%; n=20) e desempregadas (40%; n=20), verificando-se uma menor percentagem para as pessoas reformadas (15%; n=3) e os estudantes representando apenas 5% (n=1) do total de sujeitos.

2.2.1.1.2. Perceção individual e prática de Comportamentos de risco:

Quanto à perceção dos seus comportamentos como sendo de risco, 65% (n=39) dos participantes afirmaram que não tinham, nem haviam tido anteriormente, comportamentos considerados de risco.

Numa análise mais detalhada das respostas obtidas na entrevista verificou-se que 68% dos participantes (n=41) teve mais do que um parceiro ao longo da vida (25% referiu dois a cinco parceiros, 11,7% referiu seis a 10 parceiros e 31,7% mais de 10) (quadro 12).

Quadro 12

Distribuição da Amostra pelas Variáveis “Perceção dos Seus Comportamentos de Risco” e “Número de Parceiros ao Longo da Vida”.

Dependentes de álcool	(N= 60)	n	%
Perceção dos seus comportamentos de risco			
Não		39	65,0
Sim		21	35,0
N,º parceiros ao longo da vida			
1 parceiro		19	31,7
2-5 parceiros		15	25,0
6-10 parceiros		7	11,7
>10 parceiros		19	31,7

A frequência de prática de alguns comportamentos de risco para a infeção pelo VHB, VHC e VIH/SIDA, estão sintetizados no quadro 13.

Ainda no que diz respeito aos comportamentos de risco contemplados verificou-se que 96,7% dos elementos da amostra (n=58) já havia tido relações sexuais sem preservativo, 8% (n=5) já tinha partilhado seringas, 15% (n=9) teve experiências de prática de sexo em grupo, 38% (n=23) teve mais que um parceiro sexual durante o último ano (quadro 14) e a mesma percentagem (38%; n=23) teve relações sexuais que não se lembra como aconteceram.

Quadro 13

Frequências da Amostra em Relação à Prática de Comportamentos de Risco.

Dependentes de álcool	(N=60)	n	%
Prática de sexo sem preservativo			
Não		2	3,3
Sim		58	96,7
Partilha de seringas			
Não		55	91,7
Sim		5	8,3
Prática de sexo em grupo			
Não		51	85,0
Sim		9	15,0
Mais que um parceiro no último ano			
Não		37	61,7
Sim		23	38,3
Relações que não se lembra como aconteceram			
Não		37	61,7
Sim		23	38,3
Relações sob efeito de álcool			
Não		18	30,0
Sim		42	70,0
Prática de sexo sem preservativo com desconhecido			
Não		33	55,0
Sim		27	45,0
Recorrer à prostituição			
Não		30	50,0
Sim		30	50,0*

* Considerando apenas os elementos de género masculino, a percentagem de respostas positivas ascende a 80,5%.

Na questão relativa à ocorrência de relacionamentos sexuais sob efeito de álcool 70% (n=42) dos elementos da amostra responderam positivamente, o mesmo

acontecendo em 45% (n=27) dos participantes para a ocorrência de relações sexuais com pessoas que não conhecia ou que tinha acabado de conhecer.

Verificou-se ainda que 50% (n=30) dos sujeitos da amostra recorreram aos serviços sexuais de prostitutas, e que estes valores correspondem a 80,5% (n= 32) dos indivíduos do gênero masculino.

2.2.1.1.3. Consumos de álcool e relacionamento sexual

Nas questões relacionadas com o consumo de álcool (quadro 14) registam-se que 47,5% (n=28) da amostra iniciou os seus consumos de álcool na adolescência ($M_{idade}=15,9$; $DP_{idade}=8,1$) e 45,6% (n=26) começou a consumir excessivamente na fase de jovens adultos ($M_{idade}= 25,6$; $DP_{idade}= 10,3$)⁴⁰.

De acordo com os elementos da amostra os consumos excessivos de álcool ocorreram predominantemente entre a adolescência e a adultez, tendo culminado numa situação de dependência, comum aos 60 participantes, e com efeitos nas várias áreas da sua vida.

Quadro 14

Frequências da Amostra Quanto ao Tempo de Início de Consumo e de Consumo Abusivo de Álcool.

Dependentes de álcool	(N=60)	n	%
Fase em que ocorreram os primeiros consumos de álcool			
Infância		17	28,8
Adolescência		28	47,5
Jovem adulto		7	11,9
Adulto		7	11,9
Estabelecimento do consumo excessivo de álcool			
Infância		2	1,8
Adolescência		13	22,8
Jovem Adulto		26	45,6
Adulto		17	29,8

⁴⁰ A escolha do grupo etário foi feita dada a dificuldade dos sujeitos identificarem idades precisas no que se refere ao início e à transformação em consumos excessivos.

No historial de desenvolvimento da dependência de álcool encontramos, no que respeita ao tipo de bebidas ingeridas preferencialmente (quadro 15), o predomínio de consumos múltiplos (56,7%; n=34), seguido pelo consumo exclusivo de vinho (18,3%; n=11). Ao contrário dos dados epidemiológicos que apontam a cerveja como a bebida mais consumida em Portugal, nesta amostra o consumo exclusivo desta bebida foi apenas referido por 5 elementos (8,3%).

Quadro 15

Frequências da Amostra Relativamente ao Tipo de Bebidas de Preferência.

Dependentes de álcool	(N=60)	n	%
Vinho		11	18,3
Cerveja		5	8,3
Aguardente		1	1,7
Vinho e cerveja		7	11,7
Vários		34	56,7
Vinho e aguardente		2	3,3

Já no que se refere ao impacto do álcool no relacionamento sexual dos elementos da amostra, a informação está sintetizada no quadro 16.

Quadro 16

Frequências da Amostra Relativamente à Interferência do Álcool no Relacionamento Sexual.

Dependentes de álcool	(N=60)	n	%
Álcool interfere no relacionamento sexual			
Não		7	11,9
Sim		52	88,1
Álcool como desinibidor			
Não		40	67,8
Sim		19	32,2
Álcool como inibidor			
Não		38	64,4
Sim		21	35,6
Álcool como excitante			
Não		48	81,4
Sim		11	18,6
Álcool como relaxante			
Não		47	79,7
Sim		12	20,3
Álcool com outro efeito			
Não refere		46	78,0
Diminui o prazer		6	10,2
Outro		6	10,2
Impotência		1	1,6

Parece-nos relevante assinalar que apesar destes 88% (n=52) reconhecerem o peso do álcool no seu relacionamento sexual, quando se trata de identificar de que forma transparece essa influência, as frequências obtidas no cruzamento desta variável com as quatro opções que visam caracterizar o álcool como desinibidor, inibidor, excitante ou relaxante, são elevadas para a escolha “não”, para qualquer uma destas quatro opções, como se pode verificar no quadro 17.

Quadro 17

Dados Relativos ao Cruzamento da Variável “Álcool Interfere No Relacionamento Sexual” e as Variáveis Relativas aos Efeitos do Álcool.

Dependentes de álcool (n=59)		Álcool como desinibidor		Álcool como inibidor		Álcool como excitante		Álcool como relaxante	
		não	sim	não	sim	não	sim	não	sim
Álcool interfere no relacionamento sexual	não	7	0	7	0	7	0	7	0
	sim	33	19	31	21	41	11	40	12
total		40	19	38	21	48	11	47	12

Relativamente ao consumo de drogas ilícitas (quadro 18), este foi referido por 20% da amostra (n=12), e neste grupo de consumidores prevalece o policonsumo (66%; n=8), contra 25% (n=3) dos elementos que referem consumos de canábis e apenas 8,3% que assinalaram o consumo de fármacos. No entanto, importa referir que aquando da realização da recolha dos dados, apenas 16,6% (n=2) (correspondendo a 3% dos inquiridos) mantinham consumos pontuais de canábis.

O surgimento destes 20% de elementos da amostra com história de consumo de substâncias ilícitas (correspondentes a 12 sujeitos) foram o ponto de partida para uma análise mais detalhada que abordaremos posteriormente (ponto 2.2.3.2.).

Quadro 18

Frequências da Amostra Relativamente à História De Consumo de Drogas, Tipo de Droga e Consumo Atual.

Dependentes de álcool	(N=60)	n	%
História de consumo de drogas			
Não		48	60,0
Sim		12	20,0
Tipo de droga			
Haxixe/ Canábis		3	25,0
Fármacos		1	8,3
Várias		8	66,0
Consumo atual			
Não		10	83,3
Sim		2	16,6

Os dados referentes ao início do consumo de drogas e ao estabelecimento de um padrão abusivo estão patentes no quadro 19.

Quadro 19

Frequências Da Amostra Quanto ao Tempo de Início de Consumo e de Consumo Abusivo de Drogas.

Dependentes de álcool	(N=60)	n	%
Fase em que ocorram os primeiros consumos de drogas			
Adolescência		8	72,7
Jovem adulto		2	18,2
Adulto		1	9,1
Estabelecimento do consumo abusivo de drogas			
Adolescência		5	62,5
Jovem Adulto		2	25,0
Adulto		1	12,5

Da análise do quadro 20 ressalta o predomínio da adolescência, quer para o início dos consumos (72,7%; n=8) quer para o estabelecimento de um padrão abusivo (62,5%; n=5). A fase de jovem adulto é referida como sendo de início dos consumos para 18,2% dos elementos (n=2), e como sendo de estabelecimento de consumos para 25% dos elementos (n=2).

2.2.1.1.4. Rastreio de Doenças infecciosas (VHB, VHC e VIH/SIDA)

Relativamente à realização de testes de despiste para algumas doenças sexualmente transmissíveis, especificamente as Hepatites B e C (quadro 20) e o VIH/SIDA (quadro 22), mais de 70% da amostra nunca havia sido rastreada (71,7% para a Hepatite B, 76,7% para a Hepatite C e 83% para o VIH/SIDA).

Quadro 20

Frequências da Amostra em Relação ao Rastreio de VHB, VHC.

Dependentes de álcool	(N=60)	n	%
Já fez despiste da Hepatite B		60	
Não		43	71,7
Sim		16	26,7
Desconhece		1	1,7
Razões para não ter realizado o rastreio		43	
Não interessa/não precisa		4	9,3
Desconhece doença		12	27,9
Nunca pensou nisso		8	18,6
Nunca mandaram/pediram		18	41,9
Mais do que uma razão		1	2,3
Razões para ter realizado o rastreio		15	
Desconfiança/dúvida		6	40,0
Pedido médico		6	40,0
Burocracias		1	6,7
Outra		2	13,3
Resultado positivo (testes realizados)		4	25,0
Resultado positivo (amostra total)		4	6,7
Já fez despiste da Hepatite C		60	
Não		46	76,7
Sim		13	21,7
Desconhece		1	1,7
Razões para não ter realizado o rastreio		46	
Não interessa/não precisa		5	10,9
Desconhece doença		12	26,1
Nunca pensou nisso		10	21,7
Nunca mandaram/pediram		18	39,1
Outra		1	2,2
Razões para ter realizado o rastreio		12	
Desconfiança/dúvida		4	33,3
Pedido médico		7	58,3
Outras		1	8,3
Resultado positivo (testes realizados)		5	41,7
Resultado positivo (amostra total)		5	8,3

Quanto às justificações para a não realização dos testes para as Hepatites encontramos como mais frequentes as seguintes: desconhecimento da doença (respetivamente 27,9% e 26,1% para o VHB e o VHC) e nunca lhes ter sido mandado ou pedido (41,9% e 39,1% , idem).

Já no que diz respeito às razões apontadas pelos sujeitos para a não realização do teste do VIH/SIDA (quadro 21), verificou-se que apenas 2% refere desconhecer a doença, ao contrário do que acontecia para as hepatites. Contudo, a falta de interesse (30%; n=15) e a não atribuição de importância a ponto de nunca terem pensado na realização do teste para o VIH/SIDA (26%; n=13) congregam mais de metade das respostas obtidas (56%; n= 28), às quais se juntam 42% que apontam o facto de nunca lhe ter sido solicitado o rastreio, como justificação para que tal não tenha acontecido.

Parece-nos ser de salientar que dos participantes que realizaram o rastreio para as hepatites B e C, quatro (25%) tiveram valores positivos para o HVB (6,7% da amostra em estudo) e cinco (38,5%) registaram valores positivos para o HVC (8,3% da amostra em estudo).

Quadro 21

Frequências da Amostra em Relação ao Rastreio do VIH/SIDA.

Dependentes de álcool	(N=60)	n	%
Já fez despiste do VIH/SIDA			
Não		50	83,3
Sim		10	16,7
Razões para não ter feito o rastreio		50	
Não interessa/não precisa		15	30,0
Desconhece doença		1	2,0
Nunca pensou nisso		13	26,0
Nunca mandaram/pediram		21	42,0
Razões para ter realizado o rastreio		10	
Desconfiança/dúvida		8	80,0
Pedido médico		1	10,0
Outras		1	10,0
Resultado positivo (testes realizados)		4	40,0
Resultado positivo (amostra total)		4	6,7

Dos 10 sujeitos que realizaram o teste para o VIH/SIDA a justificação que regista maior frequência (quatro participantes em 10 rastreados) foi desconfiarem ou terem dúvidas se estavam infetados. Na verdade, destes 10 elementos, quatro tiveram um resultado positivo para o VIH/SIDA (40% dos elementos testados) que correspondem a 6,7% da amostra em estudo, como já referido previamente.

Sumarizando, neste grupo de 60 sujeitos dependentes de álcool encontramos uma baixa frequência de realização dos testes de rastreio (inferior a 30%). No entanto, nos participantes que realizaram o despiste, verificamos que a percentagem de resultados positivos (25% para o HVB, 41,7% para HVC e 40% para o VIH/SIDA) é preocupante. Mesmo considerando a amostra total (N=60) a percentagem de resultados positivos para o HVB (6,7%) para o HVC (8,3%) e finalmente para o VIH/SIDA (6,7%) são bastante superiores aos comparados com as médias da população geral portuguesa, que, para o VHC é de 1,3% relativos a cerca de 150 000 casos (SOS hepatites, 2013) e entre 0,3% e 0,6 para o VIH/SIDA (INSA, 2011; DGS, 2012).

Tendo o protocolo de recolha de informação três itens dedicados à realização dos rastreios por parte dos parceiros dos elementos da amostra, passamos a apresentar os resultados relativos a estas questões (quadro 22).

Quadro 22

Frequências Relativas à Realização de Rastreio do HVB, HVC e HIV/SIDA e dos seus Resultados por Parte dos Parceiros dos Elementos da Amostra.

Dependentes de álcool	(N=60)	n	%
Realização do despiste da Hepatite B (parceiro/a)		56	
Nenhum fez o teste		43	76,8
Parceiro (a) não fez o teste		5	8,9
Sim, com resultado positivo		1	1,8
Sim, com resultado negativo		7	12,5
Realização do despiste da Hepatite C (parceiro/a)		55	
Nenhum fez o teste		46	83,6
Parceiro (a) não fez o teste		3	5,5
Sim, com resultado positivo		2	3,6
Sim, com resultado negativo		4	7,3
Realização do despiste da VIH/SIDA (parceiro/a)		59	
Nenhum fez o teste		44	74,6
Parceiro (a) não fez o teste		9	15,3
Sim, com resultado positivo		1	1,7
Sim, com resultado negativo		5	8,5

Face aos resultados anteriormente descritos, achamos que deveríamos explorar a associação da realização do rastreio ao VHB, VHC e VIH ao historial de consumo de drogas (20%; n=12), para o que recorreremos ao cruzamento destas variáveis, sintetizadas no quadro 23.

Quadro 23

Dados Referentes ao Cruzamento das Variáveis “Consumo de Drogas” e Realização dos Testes de Despiste do VHB, VHC e VIH/SIDA.

Dependentes de álcool		Consumo de drogas			
		não	sim	total	
Realizou o teste da Hepatite B	Não	37	6	43	
	Sim	Resultado positivo	1	3	4
		Resultado negativo	8	3	11
		Desconhece	1	0	1
	total	47	12	59	
Realizou o teste da Hepatite C	Não	40	6	46	
	Sim	Resultado positivo	1	6	7
		Resultado negativo	5	0	5
		Desconhece	1	0	1
	total	47	12	59	
Realizou o teste do VIH/SIDA	Não	44	6	50	
	Sim	Resultado positivo	1	3	4
		Resultado negativo	2	3	5
		Desconhece	0	0	0
	total	47	12	59	

A análise deste quadro permite-nos afirmar que os sujeitos com historial de consumo de drogas ilícitas, realizaram mais frequentemente o teste do VIH/SIDA (n=6) do que os sujeitos que nunca tiveram contacto com drogas ilícitas. No entanto, este teste (VIH/SIDA) continua a ser o menos realizado, quando comparado com os testes do VHB e VHC, independentemente do historial de consumos.

Uma análise mais detalhada dos cruzamentos que temos vindo a referir veio sinalizar alguns dados interessantes, tal como transparece nos quadros que constam do ponto que se segue.

A organização da informação foi feita tendo em conta a perceção de comportamentos de risco para o VIH/SIDA e outras DST, que comportava na entrevista estruturada uma resposta Sim ou Não, e três conjuntos de temáticas patentes na entrevista: comportamentos de risco, efeitos do álcool no relacionamento sexual, e rastreio da infeção por VHB, VHC e VIH.

2.2.1.1.5. Percepção individual de Comportamentos de risco, e práticas efetivas de risco:

No quadro 24 podemos constatar que o total de elementos da amostra que referiu não ter tido comportamentos de risco (n=39) registou simultaneamente prática de sexo sem preservativo. Já quando está em causa a ocorrência de sexo sem preservativo com desconhecido/a, embora haja uma diminuição de frequências, a verdade é que o grupo que assumiu não ter comportamentos de risco responde positivamente a este item em 13 casos (num total de 39), contra 14 (num total de 21) do grupo que assumiu não ter comportamentos de risco.

Quadro 24

Dados Referentes ao Cruzamento da Variável “Percepção dos seus Comportamentos de Risco” com Variáveis Relativas aos Comportamentos de Risco Efetivos.

Dependentes de álcool		Percepção dos seus comportamentos de risco		
		não	sim	total
Sexo sem preservativo	não	0	2	2
	sim	39	19	58
	total	39	21	60
Sexo sem preservativo com desconhecido	não	26	7	33
	sim	13	14	27
	total	39	21	60

A prática de sexo em grupo foi referida apenas por nove elementos da amostra, seis provenientes do grupo que refere não ter comportamentos de risco, e três do grupo que assume este tipo de comportamento, como se pode constatar no quadro 25, onde está contemplado também o item referente à ocorrência de relações sexuais das quais não tinham recordação. A este respeito encontramos respostas afirmativas em 12 dos elementos que referem não ter comportamentos de risco (n=39) e 11 no grupo que não faz este reconhecimento.

Quadro 25

Dados Referentes ao Cruzamento da Varável “Percepção dos seus Comportamentos de Risco” com as Variáveis Relativas aos Comportamentos de Risco Propriamente Ditos – “Sexo em Grupo” e “Relações Sexuais Que Não Se Lembra Como Aconteceram”.

Dependentes de álcool		Percepção dos seus comportamentos de risco		
		não	sim	total
Sexo em grupo	não	33	3	21
	sim	6	18	9
	total	39	21	60
Relações que não lembra	não	27	11	37
	sim	12	10	23
	total	39	21	60

O quadro 26 agrega três outras práticas passíveis de serem consideradas de risco para a infeção pelo VIH/SIDA: mais que um parceiro no último ano, relações sob o efeito de álcool, e relacionamentos sexuais com prostitutas/os.

Quadro 26

Dados Referentes ao Cruzamento da Varável “Percepção dos seus Comportamentos de Risco” com as Variáveis Relativas aos Comportamentos de Risco Propriamente Ditos – “Mais Que Um Parceiro no Último Ano”, “Relações Sexuais Sob o Efeito do Álcool” e “Recorrer aos Serviços Sexuais de Prostitutas(os)”.

Dependentes de álcool		Percepção dos seus comportamentos de risco		
		não	sim	total
Mais que 1 parceiro no último ano	não	34	14	48
	sim	5	7	12
	total	39	21	60
Relações sob efeito do álcool	não	15	3	18
	sim	24	18	42
	total	39	21	60
Recorrer a prostitutas/os	não	22	8	30
	sim	17	13	30
	total	39	21	60

Ter tido mais que um parceiro no último ano foi assinalado em ambos os grupos por 12 dos elementos da amostra (cinco e sete, respetivamente para o grupo que não reconhece ter comportamentos de risco, e para o que o faz).

A prática de sexo sob efeito de álcool tem respostas positivas com frequência elevada em ambos os grupos: no que refere não ter comportamentos de risco encontramos 24 (em 39 elementos), e no segundo grupo, 18 (em 21 elementos).

Para o relacionamento sexual com prostitutas/os, encontramos quase metade do grupo que refere não ter comportamentos de risco assinalando esta prática como tendo já feito parte do seu reportório comportamental (17 em 39).

A leitura do quadro 26 leva-nos a considerar que os sujeitos com menor perceção dos seus comportamentos de risco (n=34), são os que experimentam mais os comportamentos de risco, tanto relacionados com o sexo sob o efeito do álcool, como com a procura dos serviços das(os) trabalhadoras(es) do sexo.

2.2.1.1.6. Perceção individual de Comportamentos de risco e efeito do álcool no relacionamento sexual:

No quadro que se segue (quadro 27) estão sintetizadas as respostas da amostra referentes a quatro dos itens recolhidos na entrevista, respeitantes aos eventuais efeitos do álcool no relacionamento, que são reconhecidos como interferentes por 52 dos elementos da amostra.

Quadro 27

Dados Referentes ao Cruzamento da Variável “Perceção dos seus Comportamentos de Risco”, com as Variáveis Relativas à Interferência do Álcool nos Relacionamento Sexuais e ao Efeito do Álcool.

Dependentes de álcool		Perceção dos seus comportamentos de risco		
		não	sim	total
Álcool interfere relacionamento sexual	não	4	3	7
	sim	35	17	52
	total	39	20	59
Álcool como desinibidor	não	32	8	40
	sim	7	12	19
	total	39	20	59
Álcool como excitante	não	32	16	48
	sim	7	4	11
	total	39	20	59
Álcool como relaxante	não	31	16	47
	sim	8	4	12
	total	39	20	59

A análise do quadro 27 permite-nos concluir que, apesar de mais de metade da amostra (n=39) considerar que não tem comportamentos de risco, um número

relativamente semelhante de participantes (n=35) considera que o álcool tem interferência no seu relacionamento sexual. Contudo, o álcool só surge com peso quando assume a condição de desinibidor, particularmente no grupo que reconhece ter comportamentos de risco, que regista 12 respostas afirmativas num total de 20 elementos.

2.2.1.1.7. Perceção individual de Comportamentos de risco e rastreio de VHB, VHC e VIH

Subjacente aos dados que a seguir são apresentados esteve a tentativa de esclarecer se a perceção dos comportamentos de risco dos elementos da amostra se associava à realização dos testes de despiste das hepatites B e C e do VIH. Encontramos nos sujeitos que referiram não ter comportamentos de risco dados que sinalizam que a maior parte não realizou rastreio para nenhum dos vírus. Já quanto aos que reconheciam ter comportamentos de risco é sempre maior o número dos que não realizaram qualquer um dos testes, do que aqueles que o fizeram (quadro 28).

Quadro 28

Dados referentes ao Cruzamento da Variável “Perceção dos seus Comportamentos de Risco”, com as Variáveis Relativas à Realização dos Testes de Despiste do VHB, VHC e VIH/SIDA.

Dependentes de álcool		Perceção dos seus comportamentos de risco			
		não	sim	total	
Realizou o teste da Hepatite B	Não	29	14	43	
	Sim	Resultado positivo	1	3	4
		Resultado negativo	7	4	11
		Desconhece	1	0	1
		total	38	29	59
Realizou o teste da Hepatite C	Não	32	14	46	
	Sim	Resultado positivo	1	5	6
		Resultado negativo	4	2	6
		Desconhece	1	0	1
		total	38	21	59
Realizou o teste do VIH/SIDA	Não	38	12	50	
	Sim	Resultado positivo	0	4	4
		Resultado negativo	1	4	5
		Desconhece	0	0	0
		total	39	20	59

No que respeita aos parceiros dos elementos da amostra (quadro 29), a não realização dos testes continua a ser a prática mais comum, mesmo para os elementos que consideram ter comportamentos de risco.

Quadro 29

Dados Referentes ao Cruzamento da Variável “Percepção dos seus Comportamentos de Risco” e as Variáveis Relativas à Realização dos Testes de Rastreo do VHB, VHC e VIH por Parte dos Parceiros.

Dependentes de álcool			Percepção dos seus comportamentos de risco		
			não	sim	total
Parceiro também fez teste da Hepatite B	Não		4	1	5
		Resultado positivo	0	1	1
	Sim	Resultado negativo	3	4	7
		total	29	14	43
	Nenhum fez	total	36	20	56
Parceiro também fez teste da Hepatite C	Não		2	1	3
		Resultado positivo	1	1	2
	Sim	Resultado negativo	1	3	4
		total	32	14	46
	Nenhum fez	total	36	19	55
Parceiro também fez teste do VIH/SIDA	Não		2	7	9
		Resultado positivo	0	1	1
	Sim	Resultado negativo	2	3	5
		total	35	9	44
	Nenhum fez	total	39	20	59

Contudo, quando cruzamos a variável “consumo de drogas ilícitas” com as variáveis relativas à realização dos testes de despiste, o cenário parece ser diferente.

A análise do quadro 30 permite-nos perceber que 50% dos sujeitos que já consumiram drogas ilícitas, também realizaram os testes de despiste do VHB, VHC e VIH/SIDA.

Quadro 30

Dados Referentes ao Cruzamento da Variável “Consumo de Drogas”, com as Variáveis Relativas à Realização dos Testes de Despiste do VHB, VHC e VIH/SIDA.

Dependentes de álcool			Consumo de drogas		
			não	sim	total
Realizou o teste da Hepatite B	Não		37	6	43
		Resultado positivo	1	3	4
	Sim	Resultado negativo	8	3	11
		Desconhece	1	0	1
	Nenhum fez	total	47	12	59
Realizou o teste da Hepatite C	Não		40	6	46
		Resultado positivo	1	6	7
	Sim	Resultado negativo	5	0	5
		Desconhece	1	0	1
	Nenhum fez	total	47	12	59
Realizou o teste do VIH/SIDA	Não		44	6	50
		Resultado positivo	1	3	4
	Sim	Resultado negativo	2	3	5
		Desconhece	0	0	0
	Nenhum fez	total	47	12	59

Descritos que estão os resultados que surgiram da realização da entrevista junto dos 60 elementos da amostra, ressaltam as seguintes constatações:

- Estamos perante sujeitos que são maioritariamente casados, com níveis de escolaridade baixos (1º ciclo).
- No que ao número de parceiros ao longo da vida diz respeito, esta amostra acumula o maior número de participantes nos extremos, ou seja, no grupo com apenas um parceiro, e no grupo com mais de 10 parceiros (ambos com 31,7% dos participantes).
- Relativamente à percepção dos comportamentos de risco, podemos afirmar que a maioria dos sujeitos considera que não tem comportamentos de risco. Contudo, efetivamente apresentam vários comportamentos que os colocam em risco, sendo os mais comuns a prática de sexo sem preservativo, a prática de sexo inseguro (sem preservativo) com desconhecidos e a utilização dos serviços das(os) trabalhadoras(es) do sexo. Este último, surge com elevada percentagem entre os elementos do sexo masculino.
- Quando nos centramos nos consumos de álcool, verificamos que a maioria dos sujeitos iniciou o consumo antes da idade própria para tal (infância e adolescência), e que a progressão para os consumos abusivos ocorreu, também relativamente cedo, na fase de jovens adultos. Relativamente ao tipo de bebida de preferência, constatamos que a opção recaía sobre a multiplicidade de tipos de bebidas. Contudo, os que optavam por apenas um tipo de bebida, escolhiam preferencialmente o vinho.
- Relativamente à interferência do álcool nos relacionamentos sexuais, verificamos que a maioria dos sujeitos considera que existe interferência. A exploração desta relação permite-nos afirmar que os efeitos percebidos são preferencialmente ou inibidores ou desinibidores.
- Também registamos que alguns elementos desta amostra já haviam tido contacto com drogas ilícitas. A idade de início dos consumos destas substâncias, à semelhança do álcool, foi também precoce (adolescência), num registo de policonsumo, mas, no momento da recolha de dados, quase a totalidade dos elementos com este historial, estava abstinente, e os que não cumpriam esta condição tinham apenas consumos pontuais.

- A exploração do rastreio de doenças infecciosas (VHB, VHC e VIH/SIDA) demonstrou que a maioria dos elementos da amostra nunca havia realizado qualquer dos testes de despiste, apresentando o facto de nunca lhes ter sido pedido como justificação maioritária para a não realização dos testes. Dos sujeitos que realizaram o rastreio do VHB, VHC e VIH/SIDA, a maior percentagem apresentou o pedido do médico como a razão para a realização do rastreio. Apesar da frequência de realização de qualquer um dos testes ser reduzida, verificamos que o do VIH/SIDA foi o menos realizado dos três. Quanto à realização dos testes por parte dos parceiros, verificamos que a maioria também nunca os tinha realizado.
- No que concerne aos resultados obtidos pelos elementos da amostra nos testes ao VIH/SIDA com valor positivo, estes correspondem a 6,78% da amostra, o que assume um significado de particular preocupação quando a prevalência na população geral nacional é de 0,6% (DGS, 2012).
- Outra observação de relevo foi a de que os sujeitos com menor perceção de risco são os que efetivamente experimentam mais os comportamentos que os colocam em risco, o que nos leva a questionar a clareza do conceito “perceção de risco” na sua associação a práticas efetivas, nos elementos desta amostra.
- Em complemento, a maior perceção de comportamentos de risco não aumenta a percentagem de realização dos testes de despiste de doenças sexualmente transmissíveis. Contudo, o consumo de drogas parece inverter esta situação, na medida em que pelo menos metade dos sujeitos com história de consumo de drogas ilícitas realizou os testes de despiste (VHB, VHC e VIH/SIDA).

2.2.1.2. Análise descritiva dos dados obtidos com o Questionário de conhecimentos/informação sobre o VIH/SIDA (QCVIH)

No questionário sobre conhecimentos/ informação sobre o VIH/SIDA, constituído por 24 afirmações de resposta verdadeiro ou falso, e quanto à distribuição do número total de respostas acertadas, obtivemos para a globalidade da amostra uma média de 15,87 respostas corretas ($DP=3,436$).

O número mínimo de respostas acertadas foi de oito (quadro 31), e o máximo de 23, com uma média de 15,98 ($DP=3,52$). A moda é dupla, para o total de 14 e 16

acertos, correspondendo cada a 11,7% (n=7) dos elementos da amostra e a mediana encontra-se nos 16 acertos.

A frequência mínima de respostas acertadas permite-nos dizer que, a globalidade da amostra acertou em pelo menos um terço dos itens que constituem este questionário (33,3%; n=60). Mais detalhadamente, registamos 20% da amostra (n=12) que acertaram em pelo menos 20 das 24 questões que constituem este questionário.

Quadro 31

Frequência do Número de Respostas Certas ao QCVIH.

Nº de respostas certas	n	%
8	1	1,7
9	1	1,7
10	2	3,3
11	1	1,7
12	5	8,3
13	5	8,3
14	7	11,7
15	6	10,0
16	7	11,7
17	4	6,7
18	3	5,0
19	6	10,0
20	6	1,0
21	3	5,0
22	2	3,3
23	1	1,7
Total	60	100,0

Centrando-nos nas respostas erradas dadas por parte dos elementos da amostra nos diversos itens, estas distribuem-se por ordem decrescente como podemos verificar no quadro 32.

A análise do quadro 32 remete-nos para o facto de que há itens que refletem um adequado conhecimento por parte da grande maioria dos sujeitos (76,6%; n=46 responderam corretamente), e que podem ser agregados nos seguintes domínios: referentes aos grupos normalmente considerados de risco para a infeção pelo VIH, sejam eles utilizadores de drogas por via endovenosa, ou homens que têm sexo com

homens, em todas as questões relacionadas com o uso de preservativo, e referentes à via de transmissão através de relações sexuais.

Quadro 32

Hierarquização dos Itens do QCVIH, por Ordem Decrescente, de Acordo com o Número de Sujeitos que Erraram ou Não Responderam.

Dependentes de álcool	(N=60)	Nº de sujeitos que erraram
Item:		
Pode-se contrair o HIV ao doar/dar sangue		49
Uma pessoa que tem um teste HIV positivo tem SIDA		42
Pode-se contrair O HIV através da picada de mosquitos		42
A tosse e o espirro podem ser meios de transmissão do HIV		42
A maior parte das pessoas seropositivas tem um aspeto saudável		39
Não há maneira de nos protegermos contra o HIV/SIDA		39
Existe uma vacina que nos protege do HIV/SIDA		38
Pode-se contrair o HIV ao utilizar uma sanita anteriormente usada por uma pessoa seropositiva		37
Pode-se contrair o HIV através da comida e talheres		33
Uma pessoa infetada com HIV/SIDA não pode ir à escola nem trabalhar		24
É um risco abraçar uma pessoa seropositiva		23
O uso da pílula protege a mulher de ser infetada com o HIV		17
As pessoas com SIDA necessitam estar sempre no hospital e não em casa		14
A SIDA tem cura		14
Quando se está infetado com o HIV é para o resto da vida		11
Se uma mulher seropositiva estiver grávida pode transmitir o vírus ao seu bebé		8
O preservativo usado corretamente previne a infeção pelo HIV e outras DST's		4
Um preservativo pode ser usado mais de uma vez		3
Pode-se contrair o HIV através de relações sexuais com uma pessoa infetada		2
As pessoas casadas também podem ficar infetadas com o HIV		2
As pessoas infetadas com o HIV podem infetar outras através do sangue		1
As relações sexuais entre dois homens podem transmitir o HIV, se um deles estiver infetado		1
O preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual		1
Uma pessoa pode ficar infetada se partilhar material de injeção com uma pessoa seropositiva		0

Em contrapartida, encontramos itens em que mais de metade da amostra (71,6%) tem um elevado número de respostas erradas (pelo menos 17 erros), itens estes associados a três temáticas distintas:

- a) Questões relativas às formas de transmissão comumente associadas a contaminação por outros agentes indutores de doenças infecciosas como a

gripe, a malária ou a tuberculose (ex.: “transmissão por tosse ou espirro”, “por picada de mosquito”, “através de comida e talheres”, ou pelo “uso de uma sanita previamente utilizada por alguém contaminado”);

- b) Questões mais específicas ligadas ao conhecimento da doença propriamente dita, tal como a distinção entre seropositividade e SIDA, o aspeto físico, e as limitações quotidianas de quem é seropositivo (“não ir à escola ou trabalhar”);
- c) E finalmente um conjunto de questões associadas a estratégias de prevenção, quer numa perspetiva otimista (ex.: “Existe uma vacina que nos protege do HIV/SIDA”), quer numa visão mais pessimista (ex.: “Não há maneira de nos protegermos contra o HIV/SIDA”) às quais se junta a consideração da pílula de contraceção feminina como estratégia de prevenção da contaminação pelo VIH/SIDA.

Esta última alínea, uma vez que congrega estratégias de proteção de sentido oposto, levou-nos ao cruzamento das frequências nos dois itens acima referidos, cujos resultados estão patentes no quadro 33.

Quadro 33

Dados Referentes ao Cruzamento do Item “Existe Uma Vacina Que Nos Protege do HIV/SIDA”, com o Item “Não Há Maneira de Nos Protegermos Contra o HIV/SIDA”.

Não há maneira de nos protegermos contra o HIV/SIDA	Existe uma vacina que nos protege do HIV/SIDA			Total
	Verdadeiro	Falso	não sabe / não responde	
Verdadeiro	24	14	0	38
Falso	10	8	3	21
Não sabe / não responde	1	0	0	1
Total	35	22	3	60

Dos 60 sujeitos da amostra, 24 (40%) responderam Verdadeiro a ambos os itens “Não há maneira de nos protegermos contra o HIV/SIDA”, e “Existe uma vacina que nos protege do HIV/SIDA”, contra apenas 8 (13,3%) que responderam acertada e coerentemente aos itens em questão.

Finalmente, no que se refere ao nível de conhecimento demonstrado por esta amostra, e tendo em conta a classificação já referida anteriormente, encontramos a predominância de um conhecimento básico (entre 10 e 19 questões acertadas) em 46 dos 60 elementos (76%), dois com conhecimento insuficiente, e doze (20%) com conhecimento adequado.

Quadro 34

Dados Referentes ao Nível de Conhecimento Sobre VIH/SIDA dos Elementos da Amostra.

	n	%
Conhecimento insuficiente	2	3,3
Conhecimento básico	46	76,7
Conhecimento adequado	12	20,0
Total	60	100,0

Após a descrição dos resultados obtidos com o QCVIH, podemos constatar que:

- Os participantes apresentam um nível básico de informação acerca do VIH/SIDA.
- Os níveis de maior conhecimento estão relacionado com os itens referentes às temáticas associadas aos grupos normalmente considerados de risco para a infeção pelo VIH ou à transmissão pela via sexual.
- Os níveis de conhecimentos mais baixos estão relacionados com os itens referentes a outras formas de transmissão do VIH/SIDA e com estratégias de prevenção, onde verificamos existir um número relativo de falsos conceitos vinculados a estas duas temáticas.

2.2.2. Análise de associação entre variáveis

O tipo de instrumentos e a análise preliminar dos dados levaram-nos a prosseguir com outro tipo de procedimentos, que numa primeira fase visaram estudar a eventual associação entre variáveis, para cada um dos instrumentos utilizados. Procuramos pois verificar se os resultados obtidos sugeriam a existência de associações

entre as variáveis consideradas, tendo recorrido ao teste não paramétrico do Qui-quadrado.

No sentido de explorar a associação entre variáveis consideramos à partida um conjunto de variáveis que nos suscitaram maior interesse, nomeadamente face às referências teóricas que associam o consumo de álcool e a prática de comportamentos de risco para infeção pelo VIH/SIDA.

Neste grupo consideramos prioritariamente as variáveis relacionadas com a perceção dos comportamentos de risco registados como tendo sido praticados pelos sujeitos da amostra (pontos 8 e 9 da entrevista estruturada), as que se centravam nos relacionamentos sob os efeitos do álcool e nas propriedades que eram atribuídas a esta substância no âmbito do envolvimento sexual (pontos 11 a 13), nos consumos propriamente ditos (pontos 14 a 15) e finalmente nas práticas de rastreio para as Hepatites B e C e para o VIH/SIDA (itens 15 a 18).

Foram igualmente alvo de exploração as variáveis sociodemográficas, e os resultados obtidos no QCVIH.

2.2.2.1. Perceção individual de comportamentos de risco

Como já tivemos oportunidade de constatar na apresentação dos dados descritivos que constam do texto descritivo antecedente, encontramos vários indicadores que pensamos merecerem uma validação mais segura do seu significado, ou seja, justificam uma análise mais detalhada da associação entre variáveis, assegurando a intensidade dessa associação e o seu significado estatístico. Para tal recorreremos ao teste de Qui quadrado e às medidas do grau/intensidade de associação para variáveis categóricas Φ (*Phi*) e V de Cramer. Os resultados específicos, que obtivemos com significado estatístico são apresentados no quadro 36.

Os dados recolhidos respeitantes às variáveis que se associam com a auto-perceção de comportamentos de risco e que assumem significado estatístico, apontam para uma associação altamente significativa ($p \leq 0,001$) e de intensidade moderada entre esta variável e dois comportamentos específicos: o reconhecimento do álcool como desinibidor ($\chi^2(1)=10,708$; $p \leq 0,001$), a realização do teste de despiste do VIH/SIDA ($p < 0,001$, teste exato de fisher). As restantes associações encontradas são leves como se pode constatar no quadro 35 e serão aprofundados posteriormente.

Quadro 35

Análise da Associação Entre a Variável Relativa à Auto-Percepção dos Comportamentos de Risco e as Variáveis do Questionário Sociodemográfico, da Entrevista Semiestruturada e do QCVIH.

	χ^2	Sig. (2-sided)	ϕ
Auto-percepção de comportamentos de risco:			
Número de parceiros ao longo da vida	11,135	,011*	,431 ^{b)}
Sexo sem preservativo	3,842	,050*	-,253
Prática de sexo sem preservativo com desconhecidos	6,128	,013*	,320
Álcool como desinibidor	10,708	,001**	,426
Idade de consumo excessivo de álcool	11,674	,009**	,453 ^{b)}
Já consumiu ou consome drogas		,017** ^{a)}	,332
Fez teste do VIH/SIDA		,000** ^{a)}	,516

* Significativo para o nível 0,05; ** Significativo para o nível 0,01; a) Resultados do teste exato, que são consonantes com o teste de Fisher; b) valor do *V de Cramer*.

Partindo dos dados do quadro anterior decidimos apresentar com mais detalhe as variáveis que se associam significativamente com a auto-percepção dos comportamentos de risco.

No quadro 36 onde está patente a associação moderada entre a auto-percepção dos comportamentos de risco e o número de parceiros ao longo da vida ($\chi^2(3)=11,135$; $p=,011$), podemos salientar a elevação das frequências registadas no grupo que considera ter comportamentos de risco apenas na condição mais de 10 parceiros ao longo da vida ($n=12$; 63,2%). Nas restantes categorias o grupo que considera não ter comportamentos de risco tem frequências mais elevadas, incluindo na existência de um único parceiro ao longo da vida (68,4%; $n=13$).

Quadro 36

Tabela de contingência das variáveis “Percepção dos seus comportamentos de risco”, “Número de parceiros ao longo da vida”.

		Número de parceiros ao longo vida				Total
		1	2-5	6-10	>10	
Percepção dos seus comportamentos de risco	Não	13	13	6	7	39
	Sim	6	2	1	12	21
	Total	19	15	7	19	60

Parece ser consensual o uso do preservativo como prática de prevenção para a contaminação pelo VIH/SIDA, bem como de outras doenças infecciosas. Seguidamente apresentaremos os dados relativos a esta atitude preventiva nos dois grupos contemplados (quadro 37). No que se refere à associação leve entre a auto-perceção dos comportamentos de risco e a prática de sexo sem preservativo ($\chi^2(1)=3,842$; $p \leq 0,050$), achamos interessante ter encontrado a maior frequência de sujeitos que assumem esta prática ($n=39$; 67,2%), no grupo dos participantes que consideram não ter comportamentos de risco.

Quadro 37

Tabela de contingência das variáveis “Perceção dos seus comportamentos de risco”, “Sexo sem preservativo” e “Sexo sem preservativo com desconhecidos”.

	Sexo sem preservativo		Total
	não	sim	
Perceção dos seus comportamentos de risco	Não	39	39
	Sim	19	21
	Total	58	60
	Sexo sem preservativo com desconhecidos		
	Não	13	39
	Sim	14	21
	Total	27	60

Já quando está em causa a prática de sexo sem preservativo com desconhecidos ($\chi^2(1)=6,128$; $p=,013$), e no mesmo registo de uma associação leve entre esta variável e a auto-perceção dos comportamentos de risco, no grupo que considera não ter comportamento de risco 13 (33,3%) dos elementos referem já ter tido esta prática. No grupo que assume ter prática de comportamentos de risco este valor sobe para 66% ($n=14$).

Dedicar-nos-emos de seguida às associações entre a variável auto-perceção dos comportamentos de risco e um conjunto de outras variáveis, associações essas consideradas altamente significativas e com níveis de intensidade um pouco mais altos do que aqueles referidos até ao momento. No que se refere aos consumos de álcool, nomeadamente nas variáveis álcool como desinibidor e idade de início do consumo excessivo de álcool ($\chi^2(1)=10,708$; $p \leq 0,001$) e ($\chi^2(3)=11,674$; $p=,009$) respetivamente, as frequências encontradas para os dois grupos (com e sem auto-perceção dos comportamentos de risco) estão sintetizadas nos quadros 38 e 39.

Quadro 38

Tabela de contingência das variáveis “Percepção dos seus comportamentos de risco” e “álcool como desinibidor”.

		álcool como desinibidor		Total
		não	sim	
Percepção dos seus comportamentos de risco	Não	32	7	39
	Sim	8	12	20
	Total	40	19	59

O reconhecimento do efeito desinibidor do álcool só foi evidenciado em 19 dos sujeitos de ambos os grupos (32,2%), e de entre estes, com predomínio no grupo que reconhece ter comportamentos de risco (n=12). Não deixa de ser interessante, que estando a lidar com uma amostra de dependentes de álcool, 40 dos elementos avaliados (67,8%) não valorizam esta dimensão dos efeitos psicoativos desta substância.

No quadro 39 que se segue encontramos 38 dos sujeitos que iniciaram o consumo excessivo de álcool em diferentes fases da vida (66,7%) predominantemente agrupados na categoria que não reconhece ter comportamentos de risco. Parecem ser as etapas de jovem adulto e a de adulto as que congregam maiores frequências de sujeitos do grupo sem auto-percepção dos comportamentos de risco (69,2% e 88,2%, respetivamente).

Quadro 39

Tabela de contingência das variáveis “Percepção dos seus comportamentos de risco” e “idade de consumo excessivo de álcool”.

		Idade de consumo excessivo				Total
		infância	adolescência	jovem adultos	adulto	
Percepção dos seus comportamentos de risco	Não	1	4	18	15	38
	Sim	1	8	8	2	19
	Total	2	12	26	17	57

Quando nos centramos na temática do uso de drogas ilícitas durante a vida (quadro 40), e apesar de termos nesta condição um numero relativamente reduzido da amostra (n=12), encontramos 66,7% destes elementos reconhecendo ter comportamentos de risco. A associação é significativa ($p=,017$, teste exato de fisher), mas a intensidade não chega a ser moderada.

Quadro 40

Tabela de contingência das variáveis “Percepção dos seus comportamentos de risco” e “Já consumiu ou consome drogas ilícitas”.

		Já consumiu ou consome drogas		Total
		ilícitas		
		não	sim	
Percepção dos seus comportamentos de risco	Não	35	4	39
	Sim	13	8	21
	Total	48	12	60

Finalmente, a associação encontrada com a auto-percepção de comportamentos de risco surge apenas com a variável associada ao despiste do VIH/SIDA do próprio ($p < ,001$, teste exato de fisher).

O quadro que se segue (quadro 41) congrega a informação que nos mereceu uma abordagem mais detalhada dos dados encontrados, nomeadamente no que diz respeito à associação entre a percepção dos seus comportamentos de risco e à realização do teste do VIH/SIDA. Sublinhando uma vez mais no número reduzido de participantes que foram alvo de rastreio para este vírus ($n=10$; 16,67%), dos que o fizeram, 9 (90%) reconhecem ter comportamentos de risco. No grupo que não reconhece no seu reportório comportamental este tipo de incorrências de risco ($n=39$; 65% da amostra) apenas um sujeito realizou o teste para o VIH/SIDA.

Quadro 41

Tabela de contingência das variáveis “Percepção dos seus comportamentos de risco” e “Fez teste do VIH/SIDA”.

		Fez teste do VIH/SIDA		Total
		não	sim	
		Percepção dos seus comportamentos de risco	Não	
Sim	12		9	21
Total	50		10	60

2.2.2.2. Álcool e comportamentos de risco:

Tal como referimos previamente, depois de nos centramos nas análises de associações significativas de um conjunto de variáveis com a auto-perceção de comportamentos de risco, passaremos a dedicar-nos às associações que possam emergir entre variáveis ligadas aos relacionamentos sob os efeitos do álcool e às propriedades atribuídas a esta substância no âmbito do envolvimento sexual (pontos 10 e 10.1 da entrevista semi-estruturada).

Quando nos dedicamos à análise mais detalhada da associação do consumo de álcool com o relacionamento sexual, encontramos alguns dados interessantes, e com significado estatístico, totalizando 6 variáveis que nos obrigam a deter um pouco mais sobre a especificidade da associação que possam assumir e que serão apresentadas seguidamente, estando as associações com a variável “relações sob o efeito do álcool” sumarizadas no quadro que se segue (quadro 42).

Quadro 42

Análise da Associação Entre as Variáveis Relacionadas com o Consumo de Álcool e os Comportamentos Sexuais.

Relações sob o efeito de álcool	χ^2	Sig. (2-sided)	ϕ
Número de parceiros ao longo da vida	15,584	,001**	,510 ^{a)}
Género	7,619	,006**	-,356
Relações que não se lembra como ocorreram	11,687	,001**	,441
Sexo sem preservativo com desconhecido	11,932	,001**	,446
Recorrer a prostitutas	11,429	,001**	,436
Álcool como desinibidor	5,278	,022*	,299
Idade de início de consumo de álcool	12,981	,005**	,469 ^{a)}

* Significativo para o nível 0,05; ** Significativo para o nível 0,01. a) Valor do *V de Cramer*.

Complementaremos, tal como realizado no ponto anterior, esta análise mais específica com tabelas de contingência sempre que a originalidade dos dados o justifique.

Todavia, e explorando as associações à variável relativa ao envolvimento em relacionamentos sexuais sob o efeito de álcool, esta apresenta associações altamente significativas ($p \leq 0,001$) com quatro comportamentos de risco específicos: o número de parceiros ao longo da vida ($\chi^2(3)=15,584$; $p \leq 0,001$) (quadro 43), com a prática de relações sexuais que não lembram como ocorreram ($\chi^2(1)=11,687$; $p \leq 0,001$) (quadro 46), com o sexo sem preservativo com desconhecido ($\chi^2(1)=11,932$; $p \leq 0,001$) e com o

relacionamento sexual com prostitutas ($\chi^2(1)=11,429$; $p\leq,001$) (ambos no quadro 47). Relativamente à associação com variável Género ($\chi^2(1)=7,619$; $p=,006$) (quadro 45) e idade de início de consumo de álcool ($\chi^2(3)=12,981$; $p=,005$) (quadro 48), as associações também são significativas, mas no caso do género com uma menor intensidade.

No quadro 43 sobressai uma maior frequência de parceiros no grupo que assume ter tido relações sob o efeito de álcool ($\chi^2(3)=15,584$; $p\leq,001$) ($n=42$; 7%), com especial relevo para a categoria com mais de 10 parceiros ao longo da vida, enquanto que no quadro 44 se destaca a predominância do género masculino ($n=30$; 85,7%) para o mesmo comportamento de risco.

Quadro 43

Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais sob o efeito do álcool”, “Número de parceiros ao longo da vida”.

		Número de parceiros ao longo vida				Total
		1	2-5	6-10	>10	
Relações sexuais sob efeito do álcool	Não	9	8	1	0	18
	Sim	10	7	6	19	42
Total		19	15	7	19	60

Quadro 44

Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais sob o efeito do álcool” e “Género”.

		Género		Total
		masculino	feminino	
Relações sexuais sob efeito do álcool	Não	6	12	18
	Sim	30	12	42
	Total	36	24	60

Quanto à prática de relações sexuais sob efeito de álcool (quadro 45) decidimos salientar o facto de que na presente amostra estas foram descritas por 42 elementos (70%), sendo que mais de metade dos participantes ($n=22$; 52,4%) não tem recordação do seu desenvolvimento.

Quadro 45

Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais sob o efeito do álcool” , “Relações que não lembra como aconteceram”.

		Relações que não lembra como aconteceram		Total
		não	sim	
relações sexuais sob efeito do álcool	Não	17	1	18
	Sim	20	22	42
	Total	37	23	60

A alteração de consciência é reconhecida como um dos efeitos do álcool e pode surgir quer como hipótese explicativa dos dados acabados de analisar, quer como facilitador do envolvimento em comportamentos de risco efetivos e realistas como o sexo sem preservativo com desconhecidos e a recorrência aos serviços de prostitutas/os. Os resultados da nossa amostra, para esta duas variáveis estão explícitos na tabela de contingências que se segue (quadro 46).

Pensamos ser interessante a similitude das frequências obtidas para as duas variáveis, destacando-se 25 elementos (92,6%) a terem registo de relações sob efeito de álcool, com desconhecido e sem uso do preservativo, e 27 sujeitos (90%) no mesmo registo, e recorrendo aos serviços de prostituição.

Quadro 46

Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais sob o efeito do álcool” , “Sexo sem preservativo com desconhecido” e “Recorrer a prostitutas”.

		Sexo sem preservativo com desconhecido		Total
		não	sim	
Relações sexuais sob efeito do álcool	Não	16	2	18
	Sim	17	25	42
	Total	33	27	60
	Recorrer a prostitutas/os			
	Não	15	3	18
	Sim	15	27	42
	Total	30	30	60

No quadro que se segue (quadro 47) achamos relevante sublinhar a precocidade do início de consumo de álcool (infância e adolescência) e a descrição de ocorrência de relações sob o efeito de álcool, correspondendo, em conjunto, a 87,8% (n=36) das respostas obtidas para a associação destas duas variáveis, que todavia é uma associação moderada ($\chi^2(3)=12,981$; $p=,005$) para a variável “idade de consumo excessivo de álcool”.

Quadro 47

Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais sob o efeito do álcool”, “Idade de início de consumo de álcool”.

		Idade de início de consumo de álcool				Total
		Infância	Adolescência	Jovem adultos	Adulto	
Relações sexuais sob efeito do álcool	Não	3	6	6	3	18
	Sim	14	22	1	4	41
	Total	17	28	7	7	59

A intensidade da associação entre o envolvimento em relacionamentos sexuais sob o efeito de álcool e a variável “álcool como desinibidor” é baixa ($\chi^2(1)=5,278$; $p=,022$).

Podemos pois reforçar que a ocorrência de relações sob efeito do álcool se associa de forma moderada, com cinco dos seis comportamentos de risco contemplados na entrevista estruturada (incluídos nos pontos 9, 10 e 10.1 deste instrumento).

Considerando o item “ter relações de que não se lembra como aconteceram” (quadro 49), esta associação só é altamente significativa ($p \leq ,001$) mas moderada, para as variáveis “número de parceiros ao longo da vida” ($\chi^2(3)=15,848$; $p \leq ,001$) e “relações sob o efeito de álcool” ($\chi^2(1)=11,687$; $p \leq ,001$). A maioria das restantes, como podemos verificar pelos valores do *phi* patentes no quadro 48, sendo significativas são de baixa intensidade.

Assinalamos nos quadros que a partir de agora são apresentados as associações entre variáveis que já foram alvo de análise [a)], e que apesar de surgirem com significado estatístico não justificam a duplicação da informação.

Quadro 48

Análise da Associação Entre a Variável “Relações Sexuais Que Não Se Lembra Como Aconteceram” e as Variáveis da Entrevista Estruturada.

Itens:	χ^2	Sig. (2-sided)	ϕ
Relações de que não se lembra como aconteceram			
Número de parceiros ao longo da vida	15,848	,001**	,514 ^{c)}
Mais que um parceiro sexual no último ano		,044 ^{*b)}	,291
Prática de sexo sem preservativo com desconhecido	9,094	,003**	,389
Recorrer a prostitutas	8,531	,003**	,377
Relações sexuais sob o efeito do álcool ^{a)}	11,687	,001**	,441
Álcool como desinibidor	6,886	,009**	,342
Fez teste de despiste do VIH/SIDA		,035 ^{*b)}	,291

* Significativo para o nível 0,05; ** Significativo para o nível 0,01; a) Resultados já apresentados; b) resultados do teste exato, que são consonantes com o teste de Fisher; c) Valor do *V de Cramer*.

À semelhança dos procedimentos anteriores iremos centrar a nossa atenção na análise de algumas associações entre a prática de relações das quais os participantes não têm recordação e as variáveis que apresentaram significado estatístico.

Em termos de relacionamentos e seus potenciais riscos, e no que respeita ao número de parceiros ao longo da vida evidencia-se a condição mais de 10 parceiros no grupo que reconhece ter tido relações que não se lembra como aconteceram (n=13; 68,4%) (quadro 49). Quando a variável é “mais que um parceiro no último ano” (quadro 50) verifica-se igual tendência, com valores semelhantes (n=8; 66,7%).

Quadro 49

Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais que não se lembra como aconteceram”, “Número de parceiros ao longo da vida”.

		Número de parceiros ao longo vida				Total
		1	2-5	6-10	>10	
Relações sexuais que não se lembra como aconteceram	Não	14	14	3	6	37
	Sim	5	1	4	13	23
	Total	19	15	7	19	60

Quadro 50

Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais que não se lembra como aconteceram”, “Mais de um parceiro no último ano”.

		Mais de um parceiro no último ano		Total
		Não	Sim	
Relações sexuais que não se lembra como aconteceram	Não	33	4	37
	Sim	15	8	23
	Total	48	12	60

Continuando na mesma senda, e quanto às variáveis “prática de sexo sem preservativo com desconhecido” e “recorrer a prostitutas” encontramos um predomínio de ocorrência positiva destas variáveis, quando está em causa o grupo que teve relações de que não se lembra, respectivamente com 16 respostas positivas (59,3%) e 17 (56,7%) (quadro 51).

Quadro 51

Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais que não se lembra como aconteceram”, “Sexo sem preservativo com desconhecido” e “Recorrer a prostitutas”.

		Sexo sem preservativo com desconhecido		Total
		Não	Sim	
Relações sexuais que não se lembra como aconteceram	Não	26	11	37
	Sim	7	16	23
	Total	33	27	60
		Recorrer a prostitutas/os		
	Não	24	13	37
	Sim	6	17	23
	Total	30	30	60

A associação da variável “relações de que se não lembra” com “relações com o álcool” já foi alvo de análise anterior, mas quando está em causa o efeito desinibidor do álcool, encontramos de novo, nos sujeitos que reconhecem este atributo uma maior frequência ($n=12$; 63,2%) de ocorrência de relações de que não tem recordação.

Quadro 52

Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais que não se lembra como aconteceram” e “Álcool como desinibidor”.

		Álcool como desinibidor		Total
		Não	Sim	
Relações sexuais que não se lembra como aconteceram	Não	29	7	36
	Sim	11	12	23
Total		40	19	59

Recordando que dos 60 elementos da amostra apenas 10 tinham realizado o teste de rastreio do VIH/SIDA, destes, 7 (70%) referem ter tido relações das quais não se lembram.

Quadro 53

Tabela de contingência das variáveis “Relações sexuais que não se lembra como aconteceram” e “Fez teste do VIH/SIDA”.

		Fez teste do VIH/SIDA		Total
		Não	Sim	
Relações sexuais que não se lembra como aconteceram	Não	34	3	37
	Sim	16	7	23
Total		50	10	60

A análise das associações entre a variável “álcool como desinibidor” revelou uma associação altamente significativa e moderada com as variáveis “perceção de comportamentos de risco” ($\chi^2(1)=10,708$; $p \leq,001$), “prática de sexo sem preservativo com desconhecido” ($\chi^2(1)=13,833$; $p <,001$), “álcool como excitante” ($\chi^2(1)=10,170$; $p \leq,001$) e “álcool como inibidor” ($\chi^2(1)=11,246$; $p \leq,001$), esta última com uma associação moderada. As restantes associações, como podemos ver no quadro 54, apresentam valores de significado estatístico mais baixos e intensidades de associação menos elevadas.

O quadro que se segue (quadro 54), sumariza as associações encontradas com significado estatístico para a variável “álcool como desinibidor”.

Quadro 54

Análise da Associação Entre a Variável “Álcool Como Desinibidor” e as Variáveis Relativas aos Comportamentos de Risco e aos Efeitos do Álcool.

	χ^2	Sig. (2-sided)	ϕ
Álcool como desinibidor			
Número de parceiros ao longo da vida	14,350	,002**	,493 ^{c)}
Gênero ^{a)}	7,194	,007**	-,349
Percepção de comportamentos de risco ^{a)}	10,708	,001**	,426
Mais que um parceiro sexual no último ano		,012 ^{*b)}	,373
Relações que não se lembra como ocorreram ^{a)}	6,886	,009**	,342
Prática de sexo sem preservativo com desconhecido	13,833	,000**	,484
Recorrer a prostitutas	6,748	,009**	,338
Relações sexuais sob o efeito do álcool ^{a)}	5,278	,022*	,299
Álcool como inibidor	11,246	,001**	-,437
Álcool como excitante		,003 ^{**b)}	,415

* Significativo para o nível 0,05; ** Significativo para o nível 0,01; a) Resultados já apresentados; b) resultados do teste exato, que são consonantes com o teste de Fisher; c) Valor do *V de Cramer*.

À semelhança do que já havia acontecido com variáveis anteriores, o número de parceiros ao longo da vida (quadro 55), na categoria “mais de 10 parceiros” apresenta um comportamento inverso às das restantes categorias, ou seja, denotando frequências mais elevadas no grupo que considera o efeito desinibidor do álcool como efetivo (n=12; 66,7%).

Quadro 55

Tabela de contingência das variáveis “Álcool como Desinibidor” , “Número de Parceiros ao Longo da Vida”.

		Número de parceiros ao longo vida				Total
		1	2-5	6-10	>10	
Álcool como desinibidor	Não	15	13	6	6	40
	Sim	4	2	1	12	19
	Total	19	15	7	18	59

Idêntico fenómeno se verifica na variável “mais que um parceiro no último ano” (n=12; 66,7%), no grupo que reconhece o efeito desinibidor do álcool (quadro 56).

Quadro 56

Tabela de contingência das variáveis “Álcool como Desinibidor” e “Mais de um parceiro no último ano”.

		Mais de um parceiro no último ano		Total
		Não	Sim	
Álcool como desinibidor	Não	36	4	40
	Sim	11	8	19
	Total	47	12	59

Retomando as práticas sexuais de risco na forma das variáveis “prática de sexo sem preservativo com desconhecido” e “recorrer a prostituição”, encontramos a mesma tendência acabada de referir na primeira daquelas variáveis (quadro 57), em que a frequência de respostas positivas ($n=15$; 57,6%) se associa ao reconhecimento do álcool como desinibidor. Num sentido diferente encontramos os dados relativos ao uso da prostituição, em que este último grupo tem frequências muito próximas daquele que não considera o fator desinibidor do álcool.

Quadro 57

Tabela de contingência das variáveis “Álcool como Desinibidor”, “Sexo sem preservativo com desconhecido” e “Recorrer a prostitutas”.

	Sexo sem preservativo com desconhecido		Total
	Não	Sim	
Álcool como Desinibidor	Não	11	40
	Sim	15	19
	Total	26	59
	Recorrer a prostitutas/os		
	Não	15	40
	Sim	14	19
	Total	29	59

Tal como expectável, os resultados (quadro 58) que associam estas duas atribuições opostas feitas ao álcool (inibidor e desinibidor) ($\chi^2(1)=11,246$; $p \leq 0,001$) são congruentes, com a exceção de um sujeito que reconhecendo o efeito inibidor do álcool, reconhece também o seu efeito desinibidor.

Já quando está em causa a associação de moderada intensidade e altamente significativa entre o efeito desinibidor e o excitante ($p=,003$, teste exato de fisher), os sujeitos que não consideram o álcool desinibidor ($n=37$) nem excitante correspondem a 77,1%. Dos 11 que reconhecem o efeito excitatório do álcool 8 (77,7%) também validam o efeito desinibidor, como podemos verificar no quadro 58.

Quadro 58

Tabela de contingência das variáveis “Álcool como Desinibidor”, “Álcool como Inibidor” e “Álcool como Excitante”.

	Álcool como inibidor		Total
	Não	Sim	
Álcool como desinibidor	Não	20	40
	Sim	18	19
	Total	38	59
	Álcool como excitante		
	Não	3	40
	Sim	8	19
	Total	11	59

A variável “Álcool como excitante” apresenta, como se pode ver no quadro 59, associações estatisticamente significativas com cinco variáveis, sendo a variável “álcool como desinibidor” significativa, de intensidade moderada ($p=,003$, teste exato de fisher) e previamente descrita no texto antecedente. No entanto, e tal como aconteceu anteriormente, passaremos à descrição mais detalhada dos resultados de associações com significado estatístico

Quadro 59

Análise da Associação Entre a Variável “Álcool Como Excitante” e as Variáveis Relativas aos Comportamentos de Risco e aos Efeitos do Álcool.

	χ^2	Sig. (2-sided)	ϕ
Álcool como excitante			
Género		,020* ^{b)}	-,308
Prática de sexo sem preservativo com desconhecido		,046* ^{b)}	,276
Recorrer a prostitutas	5,773	,016*	,313
Álcool como desinibidor ^{a)}		,003** ^{b)}	,415
Álcool como inibidor		,042* ^{b)}	-,265

* Significativo para o nível 0,05; ** Significativo para o nível 0,01; a) Resultados já apresentados; b) resultados do teste exato, que são consonantes com o teste de Fisher.

No que ao género respeita (quadro 60) ($p=,020$, teste exato de fisher) podemos constatar que o género masculino apresenta uma maior frequência de avaliação do álcool como excitante ($n=10$; 40%) do que os elementos femininos, em que apenas uma participante (4,2%) o faz.

Quadro 60

Tabela de contingência das variáveis “Álcool como Excitante” e “Género”.

		Género		Total
		Masculino	Feminino	
Álcool como excitante	Não	25	23	48
	Sim	10	1	11
	Total	35	24	59

Quando nos centramos nos comportamentos sexuais de risco (quadro 61), nomeadamente na prática de sexo sem preservativo com desconhecido ($p=,046$, teste exato de fisher), encontramos 26 elementos da amostra (44,1%) que referem esta prática. Interessantemente, destes 26, dezoito (69,2%) não consideram o álcool como

excitante. Os valores encontrados para a recorrência a serviços de prostituição ($\chi^2(1)=5,773$; $p=,016$) apresentam a mesma tendência. Do total de elementos que refere usar estes serviços sexuais ($n= 29$; 49,2%), a maioria não assinala a condição excitante do álcool ($n=20$; 68,9%).

Quadro 61

Tabela de contingência das variáveis “Álcool como Excitante” , “Sexo sem preservativo com desconhecido” e “Recorrer a prostitutas”.

	Sexo sem preservativo com desconhecido		Total
	Não	Sim	
Álcool como Excitante	Não	18	48
	Sim	8	11
	Total	26	59
Recorrer a prostitutas/os			
	Não	20	48
	Sim	9	11
	Total	29	59

Finalmente, e tendo em linha de conta a associação entre a variável “álcool como excitante” e “álcool como inibidor” (quadro 62), a maior parte da amostra ($n=38$; 64,4%) não assinala a característica inibidora do álcool, embora destes 38, dez (26,3%) reconheçam a condição excitante. Quando nos centramos nos elementos que registam a condição inibidora do álcool ($n=21$), apenas um participante (4,7%) refere o efeito excitante do álcool.

Quadro 62

Tabela de contingência das variáveis “Álcool como Excitante” e “Álcool como Inibidor”.

	Álcool como inibidor		Total
	Não	Sim	
Álcool como excitante	Não	20	48
	Sim	1	11
	Total	21	59

2.2.2.3. Consumo de substâncias lícitas e ilícitas

No que respeita aos consumos dos elementos desta amostra, como podemos ver no quadro 63, encontramos um elevado número de variáveis que se encontram a eles associadas.

A associação entre a variável relativa ao historial de consumo de drogas ilícitas com a realização do teste do VIH/SIDA é moderada e altamente significativa ($p=,003$, teste exato de fisher). Altamente significativas mas de leve intensidade são as associações entre a variável relativa ao consumo de drogas e a perceção dos seus comportamentos de risco ($p=,017$, teste exato de fisher), e a prática de sexo em grupo ($p=,012$, teste exato de fisher)

A existência de mais que um parceiro no último ano ($p\leq,001$, teste exato de fisher) apresenta uma intensidade moderada mas com menor nível de significância com variáveis “sexo sem preservativo com desconhecido” ($\chi^2(1)=5,455$; $p=,02$) e “fez teste da hepatite C” ($p=,017$, teste exato de fisher), bem como uma intensidade leve na associação registada.

Quadro 63

Dados Relativos à Associação Entre a Variável “Já Consumiu ou Consome Drogas” e as Variáveis da Entrevista Estruturada.

	χ^2	Sig. (2-sided)	ϕ
Já consumiu ou consome drogas			
Mais que um parceiro no último ano		,001 ^{*a)}	,479
Perceção dos seus comportamentos de risco		,017 ^{**a)}	,332
Sexo sem preservativo com desconhecido	5,455	,02 [*]	,302
Prática de sexo em grupo		,012 ^{**a)}	,373
Fez teste da hepatite C		,017 ^{*a)}	,341
Fez teste do VIH/SIDA		,003 ^{**a)}	,447

* Significativo para o nível 0,05; ** Significativo para o nível 0,01; a) Resultados do teste exato, que são consonantes com o teste de Fisher.

A análise mais específica dos dados acima referidos permitiu-nos, através do cruzamento das variáveis em tabelas de contingência fazer sobressair alguma informação que nos pareceu de relevo, e que está condensada no quadro 64.

A existência de um historial sem consumo de drogas ilícitas agrega-se com mais frequência à perceção dos sujeitos de que não têm comportamentos de risco ($n=35$; 89,7%), bem como à inexistência de mais que um parceiro no último ano ($n=43$; 89,6%).

Quadro 64

Tabela de contingência das variáveis “Já Consumiu ou Consome Drogas Ilícitas”, “Percepção dos Seus Comportamentos de Risco” e “Mais de Um Parceiro no Último Ano”.

	Percepção dos seus comportamentos de risco		Total
	Não	Sim	
Já consumiu ou consome drogas ilícitas	Não	13	48
	Sim	8	12
	Total	21	60
	Mais de um parceiro no último ano		
	Não	5	48
	Sim	7	12
	Total	12	60

Quanto à prática de comportamentos sexuais de risco gostaríamos de salientar o seguinte: na variável referente à prática de sexo sem preservativo com desconhecido 30 dos elementos da amostra (50%) que responderam não ter esta prática integram o grupo sem história de consumo de drogas ilícitas, enquanto que nove (33,3%) que assumem esta prática registam igualmente história de consumos ilícitos. Interessantemente temos o dobro deste valor (n=18; 66,7%) a referirem terem tido sexo sem preservativo com desconhecido, sem todavia terem qualquer historial de consumo de drogas ilícitas. (quadro 65).

No que concerne à variável prática de sexo em grupo, esta surge com resposta negativa predominantemente no grupo que se refere como não tendo consumos de substâncias ilícitas (n=44; 86,3%). No entanto, quando as respostas são confirmatórias desta prática sexual (n=9; 15%) os valores estão equitativamente distribuídos quer pelos participantes que tiveram consumos de drogas, quer pelos que não o fizeram.

Quadro 65

Tabela de contingência das variáveis “Já Consumiu ou Consome Drogas Ilícitas”, “Sexo Sem Preservativo com Desconhecido” e “Sexo em Grupo”.

	Sexo sem preservativo com desconhecido		Total
	Não	Sim	
Já consumiu ou consome drogas ilícitas	Não	18	48
	Sim	9	12
	Total	27	60
	Sexo em grupo		
	Não	4	48
	Sim	5	12
	Total	9	60

Centrando-nos nas variáveis relacionadas com os rastreios que obtiveram significado estatístico, o quadro que se segue (quadro 66) revela-nos que, mais uma vez, quer para a hepatite C quer para o HIV, esta amostra está na sua maioria por rastrear (respectivamente 50 e 46 sujeitos, para o VIH e para o VHC). Por outro lado, a maior parte de quem não fez o rastreio identifica-se como não tendo historial de consumos ilícitos, enquanto que os que referiram tê-los tido, se distribuem equitativamente pelos quatro grupos (não fez e fez rastreio do VIH/SIDA e não fez e fez rastreio do VHC) com seis sujeitos em cada uma destas possibilidades.

Quadro 66

Tabela de contingência das variáveis “Já Consumiu ou Consome Drogas Ilícitas”, “Fez Teste do VIH/SIDA” e “Fez Teste da Hepatite C”.

	Fez teste do VIH/SIDA		Total
	Não	Sim	
Já consumiu ou consome drogas ilícitas	Não	44	48
	Sim	6	12
	Total	50	60
Fez teste da hepatite C			
	Não	40	47
	Sim	6	12
	Total	46	59

2.2.2.4. Despiste do VHB, VHC e VIH/SIDA e comportamentos de risco

Na análise global dos dados referentes às práticas de despiste do VHB, VHC e VIH/SIDA, encontramos uma associação moderada e altamente significativa entre a variável “fez teste ao VIH/SIDA” e as variáveis relativas à realização do teste da hepatite B, da realização do teste da hepatite C, bem como com o item referente à perceção de risco como se pode verificar no quadro 67.

Entre os itens “fez teste para o VIH/SIDA” e “fez teste para a hepatite B” obtivemos o valor de $p < ,001$ (*teste exato de Fisher*); entre os itens “fez teste para o VIH/SIDA” e “fez teste para a hepatite C” o valor de $p < ,001$ (*teste exato de Fisher*), sinaliza uma associação moderada e altamente significativa. Idêntico fenómeno foi encontrado quando analisamos a associação entre a realização do teste para a hepatite B e a realização do teste para a hepatite C ($p < ,001$, *teste exato de fisher*), que se apresenta

igualmente como moderada/alta, e altamente significativa. A realização do teste para o VIH/SIDA e a auto-perceção dos comportamentos de risco tem um $p < ,001$ (*teste exato de Fisher*), revelando uma associação moderada e altamente significativa.

Quadro 67

Dados Relativos à Associação Entre as Variáveis relativas aos testes de despiste (VIH/SIDA, VHB e VHC).

	Sig. (2-sided)	ϕ
Fez teste ao VIH/SIDA		
Perceção dos seus comportamentos de risco	,000 ^{**a)}	,516
Fez teste de hepatite B	,001 ^{**a)}	,436
Fez teste à hepatite C	,000 ^{**a)}	,523
Fez teste Hepatite B		
Fez teste à hepatite C	,000 ^{**a)}	,688
Fez teste VIH/SIDA	,002 ^{**a)}	,436
Fez teste Hepatite C		
Fez teste VIH/SIDA	,000 ^{**a)}	,523
Fez teste da hepatite B	,000 ^{**a)}	,688

* Significativo para o nível 0,05; ** Significativo para o nível 0,01; a) Resultados do teste exato, que são consonantes com o teste de *Fisher*.

Iniciando esta análise mais detalhada da associação entre a realização do teste para o VIH/SIDA e a auto-perceção dos comportamentos de risco encontramos que, em 60 sujeitos da amostra dependentes de álcool e em tratamento, 50 (83,3%) nunca tinham realizado o referido teste. Destes cinquenta, 12 (24%) tinham perceção de prática de comportamentos de risco.

Dos dez participantes que já haviam realizado o teste para o VIH/SIDA, nove (90%) tinham igualmente perceção de comportamentos de risco na sua prática pessoal.

Quadro 68

Tabela de contingência das variáveis “Álcool como Excitante” e “Álcool como Inibidor”.

		Perceção dos seus comportamentos de risco		Total
		Não	Sim	
Fez teste HIV/SIDA	Não	38	12	50
	Sim	1	9	10
	Total	39	21	60

Temos pois um número muito reduzido de elementos da amostra que na altura da recolha dos dados haviam sido rastreados para a infeção pelo VIH/SIDA. Como já

foi referido no ponto desta dissertação relativo às estatísticas descritivas, também o rastreio para o VHB e o VHC não surgiram como práticas frequentes apesar destes sujeitos serem mais frágeis para a emergência de hepatopatia, infecciosa ou não. Por esta ordem de factos decidimos proceder ao cruzamento da realização dos três tipos de teste (VIH/SIDA, VHB e VHC) e analisar as especificidades de associações que surgiram como altamente significativas e de moderada intensidade entre estas variáveis.

Da leitura deste triplo quadro (quadro 69) retiramos algumas constatações interessantes nesta amostra: em primeiro lugar o rastreio do VHB foi o que registou mais registos (n=16) seguido pelo VHC (n=13) e finalmente surge o VIH/SIDA com 10 respostas positivas.

A não realização dos três testes de rastreios é conjugada, ou seja 40 sujeitos não realizaram o teste para o VIH nem para o VHB, (67,8%); 43 (72,9%) não o fizeram para o VIH nem para o VHC. Quando juntamos as duas formas de rastreio das hepatites encontramos 11 sujeitos (18,6%) que realizaram análises para ambos os vírus.

Quadro 69

Tabela de contingência das variáveis “Fez Teste do VIH/SIDA”, “Fez Teste da Hepatite B” e “Fez Teste da Hepatite C”.

		Fez teste da hepatite B		Total
		Não	Sim	
Fez teste do VIH/SIDA	Não	40	9	49
	Sim	3	7	10
	Total	43	16	59
		Fez teste da hepatite C		
		Não	Sim	Total
Fez teste do VIH/SIDA	Não	43	6	49
	Sim	3	7	10
	Total	46	13	59

Quadro 70

Tabela de contingência das variáveis “Fez Teste da Hepatite B” e “Fez Teste da Hepatite C”.

		Fez teste da hepatite C		Total
		Não	Sim	
Fez teste da hepatite B	Não	41	2	43
	Sim	5	11	16
	Total	46	13	59

Sumarizando os dados previamente apresentados, podemos afirmar que:

- O sexo sem preservativo não é reconhecido como uma prática efetiva de risco. Quando está em causa a prática de sexo sem preservativo com desconhecidos no grupo que considera não ter comportamentos de risco, 33% referem já ter tido esta prática. Se tivermos em conta que a prática sem preservativo no sentido lato, é considerada um comportamento de risco, então a prática de sexo sem preservativo com desconhecidos é sem dúvida, e no sentido mais estrito, uma prática efetiva de risco, claramente desvalorizada pelos participantes desta amostra.
- A baixa perceção dos comportamentos de risco, está associada a uma baixa percentagem de realização de testes de despiste do VIH/SIDA.
- Ainda referente à auto-perceção dos comportamentos de risco, ficou demonstrada a sua associação aos efeitos do álcool como desinibidor. No entanto, sobressai um dado interessante relativo à desvalorização do efeito desinibitório do álcool pela maioria destes participantes, o que pode ser explicado possivelmente por um sintoma da dependência de álcool – a tolerância. Nesse sentido, estes participantes dependentes de álcool, não experimentaríamos os efeitos desinibidores do álcool devido à tolerância adquirida a esta substância, que pressupõe que eles consumam para conseguirem funcionar e não para se sentirem diferentes.
- As relações sexuais sob o efeito do álcool estão associadas a um maior número de parceiros ao longo da vida, assim como ao sexo masculino, que também considera o álcool como um excitante, o que denota que o álcool poderá funcionar, de alguma forma, como um promotor das relações sexuais.
- O consumo de álcool parece estar associado a episódios de perda (parcial ou total) de memória (*blackouts*), na medida em que a maioria dos sujeitos que referiu ter relações sexuais sob o efeito do álcool, não se lembra do seu desenvolvimento.
- As relações sexuais sob o efeito do álcool estão associadas à falha do uso de preservativo com parceiros ocasionais, à recorrência dos serviços sexuais das(os) trabalhadoras(es) do sexo e a um início precoce dos consumos de álcool.

- As relações sexuais das quais os participantes não se lembram como aconteceram para além de estarem associadas a um maior número de parceiros ao longo da vida, estão também associadas a uma frequência de relações sexuais desprotegidas com desconhecidos e à recorrência aos serviços de prostitutas/os. Por outro lado, a não recordação das relações sexuais, parece estar associada a relações sem intimidade (com desconhecidos e prostitutas), onde o álcool poderá surgir também como facilitador destes comportamentos, na medida em que os seus efeitos são para a maioria dos sujeitos que referem que não ter recordação das relações sexuais, desinibitórios.
- O comportamento de risco “relações sexuais que não se lembra como aconteceram”, poderá ser um potenciador da realização do teste do VIH/SIDA, ou seja, o facto dos participantes não se lembrarem de como uma relação sexual aconteceu, poderá constituir-se como um fator importante para a realização do teste de despiste do VIH/SIDA.
- Os sujeitos que reconhecem o efeito desinibidor do álcool têm maior número de parceiros, tanto ao longo da vida, como no último ano. Estes também têm mais relações sexuais sem preservativo com desconhecidos e recorrem mais aos serviços sexuais de prostitutas do que os que não consideram o álcool como desinibidor, reforçando a ideia de que a desinibição provocada pelo consumo de álcool potencia os comportamentos sexuais de risco. Este facto é reforçado pela associação forte e altamente significativa ($\chi^2(1)=29,697$; $p \leq 0,000$) entre a variável “relações sexuais sem preservativo com desconhecidos” e a variável “recorrer a prostitutas”, onde 89,9% dos sujeitos que referiram ter relações sexuais desprotegidas com desconhecidos, também referiram já ter recorrido aos serviços das trabalhadoras do sexo.
- O efeito excitatório do álcool, à semelhança do desinibitório, também está relacionado com os comportamentos sexuais de risco, como o sexo sem preservativo com desconhecidos e com a recorrência aos serviços de prostitutas, fortalecendo a conclusão de que os efeitos do álcool potenciam os comportamentos de risco.
- O consumo de substâncias ilícitas está associado a uma maior perceção dos comportamentos de risco, assim como a um maior número de parceiros no último ano.

- A história prévia de consumo de substâncias ilícitas também está associada a uma maior realização do teste de despiste do VHC e VIH/SIDA. Destes sujeitos (com história de consumo de substâncias ilícitas) não temos informação da percentagem dos que receberam tratamento para o consumo de substâncias ilícitas, no entanto, possivelmente os serviços de saúde especializados no atendimento de consumidores de substâncias ilícitas que poderão ter frequentado, estarão mais sensíveis à necessidade de realização das análises dos marcadores víricos e por isso 50% dos sujeitos com história de consumo de substâncias ilícitas já haviam realizado os testes de despiste do VIH/SIDA e do VHC. Por outro lado, também podemos considerar a hipótese da percepção de risco aumentada destes sujeitos constituir-se como um fator de peso na sua decisão de realização dos testes.
- Contudo, a percepção de risco aumentada, parece não funcionar como promotora da realização dos testes de despiste nos dependentes de álcool, na medida em que 24% dos sujeitos com percepção dos seus comportamentos de risco nunca havia realizado o teste de despiste do VIH/SIDA. Por outro lado, estes dados destacam o papel dos técnicos de saúde que acompanham estes sujeitos, que por múltiplas razões hipotéticas (limitações orçamentais, desvalorização institucional, insensibilidade dos técnicos perante a temática...) não pediram aos participantes que realizassem os testes de despiste do VIH/SIDA, VHB e VHC.

2.2.2. Análise correlacional

O tipo de instrumentos e a análise preliminar dos dados levaram-nos a prosseguir com outro tipo de procedimentos, que numa primeira fase visaram estudar a eventual associação entre variáveis, para cada um dos instrumentos utilizados. Procuramos pois verificar se os resultados obtidos com a análise de correlações sugeriam a existência de relações entre as variáveis consideradas, tendo recorrido ao coeficiente de correlação de *Spearman* enquanto medida alternativa não paramétrica para o coeficiente de correlação momento produto de *Pearson* quando a normalidade não é cumprida.

No sentido de explorar a relação entre variáveis consideramos à partida um conjunto de variáveis que cumprem os requisitos para este tipo de análise. Dessa forma, encontramos apenas uma correlação positiva, significativa e moderada entre o nível de conhecimento sobre VIH/SIDA, obtida através do QCVIH, e a escolaridade ($r=,406$; $p\leq,001$), demonstrando que quanto maior o nível de escolaridade, maior é o conhecimento sobre o VIH/SIDA

2.2.3. Análise diferencial

Com a evolução do tratamento dos dados começou a fazer sentido proceder a um estudo diferenciado da informação obtida, tendo em linha de conta as seguintes variáveis:

- a) Género (36 homens e 24 mulheres);
- b) História de consumo de drogas ilícitas (48 dependentes apenas de álcool e 12 com história de consumo abusivo de outras drogas ilícitas);

Para esta análise recorreremos a procedimentos estatísticos não paramétricos, opção esta sustentada pela natureza quer das variáveis sociodemográficas, quer das que suportavam de forma mais direta as análises pretendidas, pois não subentendem uma distribuição normal subjacente, bem como pelo número dos elementos dos grupos constituídos. Neste enquadramento, os procedimentos utilizados foram o teste de *Mann-Whitney*, o teste de *Kruskal-Wallis* e o teste do Qui-quadrado.

2.2.3.1. Diferenças de género

As diferenças de género relativamente aos problemas ligados ao álcool e ao VIH/SIDA, colocam as mulheres numa posição de maior vulnerabilidade em relação aos homens (OIT, 2007). Esta maior fragilidade, não está só associada a fatores biológicos, mas também a condições culturais.

Nas questões relacionadas com os problemas ligados ao álcool (PLA), a prevalência de mulheres é sempre menor que a dos homens. Contudo, as diferenças de género não se resumem apenas ao número de homens ou mulheres com PLA. Desde os fatores de risco para o abuso ou dependência de álcool, ao impacto da dependência em termos biológicos e sociais, a distinção entre homens e mulheres está bem referenciada

(NIAAA, 2013). Em termos biológicos, por exemplo, a progressão para a dependência é mais rápida nas mulheres que nos homens, e a discriminação relacionada com o consumo feminino que muitas vezes se constitui como barreira na procura do tratamento, ou história de abuso na infância, espelham os fatores sociais que vulnerabilizam este género em comparação com o género masculino (NIAAA, 2013; Prescott, 2003; Collins & McNair, 2002).

Analogamente, no VIH/SIDA, estas diferenças também são percebidas pela tendência crescente do número de mulheres infetadas. As desigualdades que poderão ter potenciado a escalada na incidência de mulheres, estão associadas às normas de género, relacionadas, por exemplo, com a masculinidade que encorajam os homens a ter mais parceiras sexuais. A violência configura-se igualmente como fator de maior vulnerabilidade das mulheres em relação ao VIH. O sexo forçado, o medo e a violência experimentada pelas mulheres, diminuem o seu poder na negociação do uso do preservativo, ou na recusa em ter relações sexuais desprotegidas (WHO, 2009).

Na perspetiva de verificar se, entre os dois géneros, existiam diferenças no conjunto das variáveis contempladas na entrevista estruturada, procedemos às análises que passamos a descrever, tendo optado por fazer referência apenas às variáveis que surgiram com diferenças estatisticamente significativas.

Não tendo sido encontradas diferenças para as variáveis sociodemográficas (estado civil, grupo etário, escolaridade) centramo-nos nas variáveis da perceção individual de risco e de comportamentos de risco efetivos. Neste âmbito encontramos diferenças altamente significativas quanto ao número de parceiros ao longo da vida ($\chi^2(3)=13,443$; $p<,001$), com um maior número de parceiros registado no grupo do género masculino. A pratica de sexo sem preservativo com desconhecido também evidenciou diferenças altamente significativas ($\chi^2(1)=17,071$; $p<,001$) com igual preponderância no grupos do sexo masculino, tal como acontece com a recorrência aos serviços sexuais de prostitutas(os) ($\chi^2(1)=33,611$, $p<,001$).

Quando nos centramos nas variáveis mais diretamente ligadas aos efeitos do álcool no relacionamento sexual encontramos diferenças altamente significativas ($p\leq ,001$), com frequências mais elevadas por parte do grupo masculino nas seguintes variáveis: relações sexuais sob o efeito do álcool ($\chi^2(1)=7,619$; $p=,006$), álcool como desinibidor ($\chi^2(1)=7,194$; $p=,007$) e álcool como excitante ($\chi^2(1)=5,590$; $p=,018$).

No que respeita aos consumos propriamente ditos apresentados pelos grupos tendo em conta o género, apenas encontramos diferenças altamente significativas ($p \leq 0,001$) na idade de início do consumo de álcool ($U=248,5$; $p=,004$), e na idade de estabelecimento dos consumos excessivos de álcool ($U=224$; $p=,004$), diferenças estas que sinalizam o grupo de género feminino como tendo médias de idades mais tardias em ambos os casos.

Não encontramos diferenças quanto ao consumo de drogas, idade de início, e idade de consumos abusivos nos dois géneros.

Tendo em conta as variáveis relacionadas com o rastreio do VHB, VHC e VIH/SIDA por parte dos elementos da amostra e dos seus parceiros também não encontramos diferenças com significado estatístico.

Já no QCVIH apenas registamos diferenças que distinguem os dois géneros na variável “não há maneira de nos protegermos do VIH/SIDA” ($\chi^2(1)=18,977$; $p < 0,001$), diferenças estas altamente significativas e que apresentam o grupo do género feminino com maior frequência de acertos nesta questão.

Os dados que acabamos de descrever permitem-nos referir que as diferenças encontradas no que respeita à perceção individual do comportamento de risco, aos comportamentos de risco efetivos, às práticas que associam o relacionamento sexual ao álcool, apontam para frequências mais altas nos homens, que todavia iniciam os consumos de álcool e estabelecem um padrão de consumo excessivo mais cedo que as mulheres. Estas, e no que respeita aos conhecimentos avaliados no QCVIH, concretamente no único item que distinguem os dois géneros apresentam frequências mais altas de respostas acertadas.

2.2.3.2. Diferenças quanto ao historial de consumo de substâncias ilícitas

Como já foi anteriormente referido, a constatação de que 20% da amostra ($n=12$) teria no presente ou teria tido no passado consumo de substâncias ilícitas, para além do consumo de álcool, fez-nos considerar a adequação de um estudo diferencial para esta condição.

Assim sendo, e iniciando esta análise pelas variáveis sociodemográficas, apenas encontramos diferenças altamente significativas para a escolaridade ($\chi^2=10,909$; $p=,001$).

Para a percepção individual dos comportamentos de risco e para os comportamentos efetivos de risco acedidos na entrevista, encontramos diferenças significativas que colocam o grupo de consumidores de substâncias ilícitas com frequências superiores às registadas no grupo apenas com consumo de álcool nas seguintes variáveis: percepção dos seus comportamentos de risco ($p=,017$, teste exato de fisher); número de parceiros ao longo da vida ($p=,035$, teste exato de Fisher); partilha de seringas ($p=,004$, teste exato de fisher); prática de sexo em grupo ($p=,012$, teste exato de fisher); mais que um parceiro no último ano ($p\leq,001$, teste exato de fisher) e finalmente prática de sexo sem preservativo com desconhecido ($p=,026$, teste exato de fisher).

Nas variáveis que associam o álcool ao relacionamento sexual não encontramos qualquer diferença com significado estatístico para as seis variáveis que constituem este grupo, quando distinguimos consumidores com ou sem história de drogas.

Quanto ao consumo propriamente dito, verificamos a existência de diferenças significativas na idade de estabelecimento do consumo excessivo de álcool ($U=126,5$; $p=,014$), claramente inferior no grupo que consumia substâncias ilícitas.

Relativamente ao QCVIH, encontramos diferenças com significado estatístico em cinco dos vinte e quatro itens, bem como no número de respostas acertadas.

As cinco variáveis indiciam em todos os casos, frequências mais elevadas de acertos por parte do grupo com consumos de substâncias ilícitas. Essas diferenças assumem significado estatístico ($p\leq,05$) nos itens “pode-se contrair o VIH ao utilizar uma sanita anteriormente usada por uma pessoa seropositiva” ($p=,045$, teste exato de fisher); “uma pessoa infetada com o VIH não pode ir à escola nem trabalhar” ($\chi^2(1)=7,48$; $p=,006$) e “pode-se contrair o VIH através de comida e dos talheres” ($\chi^2(1)=8,91$; $p=,003$).

Para além destes três itens, encontramos outros dois em que as diferenças encontradas são altamente significativas ($p\leq,001$): “existe uma vacina que nos protege do VIH/SIDA” ($p=,001$, teste exato de fisher); “a tosse e o espirro podem ser meios de transmissão do VIH” ($p<,001$, teste exato de fisher); aos quais se acrescenta a variável

“número de respostas corretas” ($U=59$; $p<.001$), valores estes que confirmam a primazia do grupo com consumo de substâncias ilícitas nas respostas acertadas dadas a estes itens.

Em suma, as diferenças encontradas entre o grupo de consumo de álcool em exclusivo e o grupo com história de consumos de substâncias ilícitas, sinalizaram que este último apresenta escolaridade mais alta, bem como maior auto-perceção dos comportamentos de risco, mas também maior frequência de prática de seis dos comportamentos efetivos de risco. Os elementos deste grupo estabeleceram o consumo excessivo de álcool mais cedo, e, em termos de conhecimentos sobre o VIH/SIDA, apresentam um número de respostas acertadas significativamente superior ao grupo com apenas consumos de álcool, tal como acontece em cinco dos vinte e quatro itens que compõem este questionário.

2.3. Discussão de resultados

O desenho deste primeiro estudo teve início há cerca de cinco anos atrás, numa altura em que a taxa de prevalência da infeção pelo VIH/SIDA em Portugal era das mais altas da Europa, e a percentagem de pessoas com problemas ligados ao álcool era igualmente elevada (cerca de 10% da população geral). Deste modo, tentamos explorar as possíveis associações entre o consumo de álcool e o VIH/SIDA.

Partindo de um conhecimento teórico que apresenta o consumo de álcool como fator de risco para a infeção pelo VIH/SIDA (Trillo, Merchant, Baird, Ladd, Liu, & Nirenberg, 2013; Baliunas, Rehm, Irving, & Shuper, 2010), definimos algumas variáveis que, em nossa opinião, poderiam clarificar e quantificar melhor esta associação.

Uma dessas variáveis foi a perceção individual de comportamentos de risco. A perceção do risco é um conceito bastante explorado tanto por modelos teóricos, como por investigações práticas na área do VIH/SIDA (Napper, Fisher, & Reynolds, 2012). Teoricamente, a perceção de risco aumentada tem um efeito protetor, ou seja, traduz-se na constatação de que pessoas com maior perceção do risco para a infeção pelo VIH/SIDA protegem-se mais evitando comportamentos de risco (Tsui, Lau, Xiang, Gu, Wang, 2012).

Neste sentido, e dando resposta ao primeiro objetivo deste estudo, pudemos observar que o grupo específico de pessoas com diagnóstico de dependência alcoólica se identificava inequivocamente como não sendo maioritariamente de risco, quando questionados diretamente sobre esta perceção. (objetivo 1)

Todavia, e quando nos centramos na análise dos seus comportamentos posteriormente recolhida, é indubitável uma discrepância quase paradoxal: os comportamentos de risco efetivos surgem em quase todos os elementos da amostra, e muitas vezes sob múltiplas formas (objetivo 2).

Este paradoxo é referido em diversa literatura (DGS, 2006; McEwan, McCallum, Bhopal, & Madhok, 1992) e acaba por resultar numa elevada exposição a situações de risco por parte destes indivíduos.

Podemos assim dizer que à noção de “comportamentos de risco” dos sujeitos desta amostra não corresponde um leque de comportamentos protetores, e o evitamento de situações reconhecidas (não por eles) como potencialmente lesivas.

Exemplo desta postura pouco cuidadosa é o facto dos participantes não terem grande preocupação com a realização dos testes de despiste quer do VIH quer do VHB e VHC, assim como a frequência com que os sujeitos recorrem a serviços sexuais de prostitutas/os não usando preservativo.

Contudo, esta ideia não coincide com o nível de conhecimento acerca do VIH/SIDA por parte dos sujeitos, que apesar de ser considerado básico em termos gerais, é elevado nas questões relativas à transmissão pela via sexual e nas referentes ao uso do preservativo (objetivo 5). Este facto vai ao encontro dos resultados obtidos em investigações similares (Sahlu et al., 1999), que demonstram que apesar do nível de conhecimento dos sujeitos acerca do VIH ser considerado bom, esse conhecimento não é sinónimo de redução de risco.

No entanto, o conhecimento sobre outras formas de transmissão do VIH/SIDA que não a via sexual, explicitamente a sanguínea, ou associada a grupos vulgarmente classificados como de risco, demonstrou ser insuficiente e marcada pela desinformação, como por exemplo, considerarem que se pode contrair o vírus através da picada de mosquitos ou pela ingestão de comida e uso de talheres.

Isto leva-nos a pensar que, apesar desse bom conhecimento relativo à transmissão sexual, ele não é ativado de maneira a diminuir o seu risco pessoal, patente na baixa percepção dos comportamentos de risco dos sujeitos.

Os resultados obtidos relativos à percepção individual de comportamentos de risco potenciaram o questionamento sobre a mais-valia deste constructo para a compreensão do risco face ao VIH/SIDA por parte destes participantes, na medida em que a sua associação aos comportamentos de risco efetivos não se verificou (objetivo 6). Todavia, também pudemos constatar que, apesar da maioria dos sujeitos não considerar já ter estado em risco de se infetar pelo VIH/SIDA, os que assumiram a sua exposição ao risco foram os que também tiveram contacto com drogas, inclusive os que já partilharam seringas e que, curiosamente, foram os que obtiveram níveis mais elevados de conhecimento sobre a contaminação pelo VIH/SIDA (objetivo 8), ficando também demonstrado que são os sujeitos com história de consumo de drogas ilícitas quem têm maior percepção dos seus comportamentos de risco, quando comparados com os sujeitos sem história de consumo de drogas ilícitas (objetivo 10). Este facto levou-nos a ponderar sobre a possível interferência na percepção individual de risco dos conhecimentos transmitidos tanto pelas subculturas de consumo de drogas ilícitas - que da sua experiência pessoal ou do contacto frequente com pessoas infetadas pelo VIH/SIDA constroem conhecimentos sobre a doença e sobre a sua transmissão - como pelos sistemas de apoio e tratamento específicos dos toxicodependentes que sustentam parte da sua intervenção no método ADR (Aconselhamento, Deteção e Referência do VIH/SIDA).

Tendo em conta o que acabou de ser referido, podemos também concluir que os contextos dos consumidores de substâncias ilícitas, quer ao nível da experiência/vivência de consumo, quer ao nível do tratamento, os discriminam positivamente no que diz respeito ao VIH/SIDA, permitindo-lhes ter mais conhecimento sobre a doença, maior percepção do seu risco e um acesso direto ao rastreio, prevenção e tratamento desta patologia, quando comparados com sujeitos apenas dependentes de álcool.

Como já referimos, uma das variáveis centrais neste estudo foi o consumo de álcool, principalmente quando associado a comportamentos que expõem as pessoas ao risco de infeção. A associação entre consumo de álcool e comportamentos sexuais de risco nem sempre reúne consenso por parte dos investigadores. Afirmar que existe um

efeito de causalidade levanta, na maior parte dos casos, muitas questões metodológicas. Contudo, esta associação é assumida de uma forma mais lata por estudos que usam um método de avaliação mais global (Weinhardt, Carey, Carey, Maisto, & Gordon, 2001), ou assumindo associações específicas, como por exemplo, entre a desinibição provocada pelo consumo de álcool e os comportamentos sexuais de risco (Giancola, Josephs, Parrot, & Duke, 2010).

Relativamente ao objetivo 3, que pretendia conhecer os padrões de consumo de álcool e os seus eventuais efeitos no relacionamento sexual dos elementos desta amostra, verificamos que os padrões de consumos excessivos se estabeleceram relativamente cedo na vida destes sujeitos – adolescência e jovens adultos, com predomínio de consumos de múltiplos tipos de bebidas. A prática de relações sexuais sob o efeito do álcool surgiu, portanto, com uma elevada frequência, e a interferência desta substância no relacionamento sexual dos participantes foi relatada por mais de 80% da amostra. Os efeitos do álcool mais evidenciados foram a inibição e a desinibição. Relativamente a esta última, verificamos associações importantes relativamente à prática de comportamentos de risco, podendo mesmo afirmar que os sujeitos que consideram que o álcool é desinibidor têm mais comportamentos de risco que os que consideram que o álcool tem outro efeito. Neste sentido, parece-nos clara a associação entre a desinibição provocada pelo consumo de álcool e comportamentos de risco, indo ao encontro de resultados semelhantes encontrados na literatura (Giancola et al., 2010; Weinhardt et al., 2001).

O potencial de risco das relações sob o efeito do álcool, e que dá resposta ao objetivo 7, evidenciado pela ação direta e indireta da substância, foi comprovado quando ficou demonstrado estar relacionado com outros comportamentos de risco, como as relações sexuais que os sujeitos não se lembram como aconteceram e com a utilização dos serviços sexuais de prostitutas(os). Para além destes, também verificamos que o comportamento de risco “relações sexuais que não se lembra como aconteceram” - ele próprio subentendendo a interferência de substâncias ao nível da consciência - está também relacionado com a prática de sexo desprotegido com desconhecidos, o que parece reforçar, mais uma vez, a associação entre consumo de álcool e comportamentos de risco para a contaminação pelo VIH/SIDA.

Os dados até agora apresentados, e que comprovam que esta amostra já teve comportamentos de risco, levantam a questão sobre a prevalência de casos de infeção

pelo VHB, VHC e VIH e que constituem o objetivo 4 deste estudo. Relativamente a este ponto, os resultados não são animadores, pois verificamos que mais de 70% desta amostra nunca realizou qualquer um dos testes. Estes dados constituem, e usando uma expressão de Tato Marinho (2005, como citado em GAT, 2005, p.1), “*uma oportunidade perdida*” para se aumentar tanto o conhecimento epidemiológico, como o relativo à prevenção e o que sustenta o tratamento do VIH/SIDA desta população específica. Se esta expressão se referia, nas palavras do autor, à não inclusão do teste do VHC no rastreio nacional do VIH/SIDA que estava agendado para 2005 mas que não chegou a realizar-se, ela parece adequada quando nos deparamos com uma população potencialmente de risco, e que na procura de tratamento para os seus problemas ligados ao álcool realiza, de acordo com o protocolo análises clínicas, que todavia não contemplam de forma sistemática e regular os testes das hepatites víricas B e C, nem do VIH/SIDA.

Para além destes primeiros resultados, já referidos, relativamente à percentagem de realização dos testes, as justificações para a não realização dos rastreios não diferem muito entre tipos de infeção, e transferem para os clínicos alguma responsabilidade pela sua não realização, quando referem que nunca fizeram o despiste porque “o médico não mandou/pediu”. Por outro lado, verificamos que dos participantes que realizaram os testes, os resultados positivos não são insignificantes (25% para o VHB, 38,5% para o VHC e 40% para o VIH). Estes dados mostram percentagens de infetados muito superiores aos da população geral, e reforçam a necessidade imperiosa de um rastreio mais eficiente direcionado a populações com elevada frequência de comportamentos de risco, como é o caso dos consumidores de álcool. Analogamente às justificações para a não realização dos testes, as razões para a sua realização não são muito diferentes: mais uma vez surge o papel do técnico de saúde/médico como preponderante para a realização do rastreio. Contudo, para o VIH/SIDA a razão mais frequentemente apresentada foi a desconfiança/dúvida, refletindo uma maior perceção individual de comportamentos de risco, específicos para esta infeção, por parte destes sujeitos.

Foi também demonstrado que são os homens em comparação com as mulheres (objetivo 11), quem tem mais comportamentos de risco (Venable et al., 2004). Desses, o mais significativo, relatado por 50% da amostra masculina, foi recorrer a serviços sexuais de prostitutas(os), facto que tende a corroborar alguns estudos que apresentam este comportamento de risco como uma prática regular dos consumidores de álcool do

sexo masculino (Madhivanan, et al., 2005). Para além disso, são os indivíduos do sexo masculino que mais atribuições positivas fazem ao álcool, ressaltando as suas funções associadas a contextos de socialização, e acreditando que o álcool os desinibe sexualmente (Gordon, Carey & Carey, 1997).

Tendo em conta o nível de conhecimento dos participantes, foi demonstrado que aqueles que tiveram contacto com drogas ilícitas têm um maior conhecimento acerca do VIH/SIDA do que os sujeitos que apenas tiveram contacto com o álcool (objetivo 12), facto que vai de encontro aos nossos objetivos iniciais. Isto pode ser parcialmente explicado pelas campanhas de informação e prevenção que até há pouco tempo só se direcionavam para os grupos de risco, grupos estes que não incluíam, nem incluem os consumidores de álcool. Outra possível explicação é a existência de uma subcultura toxicodépendente que faz circular a informação no seu seio, enquanto os alcoólicos se encontram “diluídos” na população geral, tacitamente considerada como de menor risco, recebendo deste modo a mesma informação, que é sem dúvida escassa e pouco clara.

A este facto podemos adicionar diferentes posturas por parte dos diversos técnicos de saúde, mais sensibilizados para a deteção do VIH na população toxicodépendente do que na população em geral, onde se incluem os alcoólicos.

Relativamente ao objetivo 9 – verificar se existe relação entre a prática efetiva de comportamentos de risco e o conhecimento acerca do VIH/SIDA - a única associação que encontramos foi entre o número de respostas corretas ao QCVIH e a partilha de seringas, sugerindo que os sujeitos com maior número de respostas acertadas neste questionário, teriam também partilhado seringas. Mais uma vez, o consumo de drogas, neste caso pela via injetada, surge associado a um maior conhecimento sobre o VIH/SIDA, reforçando o que acabamos de referir nos parágrafos anteriores.

No início da realização deste estudo, pioneiro em Portugal, que relaciona consumo de álcool e VIH/SIDA, um dos objetivos era perceber até que ponto as pessoas com dependência alcoólica se constituíam, a par com os consumidores de drogas ilícitas, como um grupo com maior potencial de risco para a infeção do VIH/SIDA e de outras doenças sexualmente transmissíveis, na medida em que o consumo de bebidas alcoólicas lhes parece provocar alterações do estado de consciência e lhes deturpava o discernimento do risco a que se expunham (Kruse & Fromme, 2005; Fillmore, Vogel-Sprott & Gavrilescu, 1999; McEwan et al., 1992). Embora os resultados obtidos apontem no sentido dos dependentes de álcool se constituírem como uma subpopulação

vulnerável ao VIH/SIDA, temos consciência que a dimensão desta amostra constitui uma das limitações deste estudo preliminar.

Por se tratar de um estudo exploratório, reconhecemos que apresenta algumas limitações, que tentaremos colmatar com o estudo apresentado seguidamente - o estudo 2.

Para além da dimensão da amostra e da possibilidade mais reduzida de compararmos dois grupos de consumidores de substâncias (licitas e ilícitas), outra limitação do estudo que descrevemos até agora prende-se com a discrepância que encontramos entre perceção de comportamentos de risco e a prática efetiva dos mesmos. Apesar destes resultados não diferirem muito do encontrado na bibliografia, a incerteza com que ficamos acerca do conhecimento efetivo do que são comportamentos de risco por parte destes participantes não pode deixar de ser referida e será contemplada no estudo 2.

No nosso entender, a relevância deste primeiro estudo, exploratório por natureza, é trazer à luz uma temática que pressupõe alguma coragem, quando pensamos o quanto a população de dependentes de álcool está oculta, diluída e excluída do potencial de risco, subentendendo a responsabilidade do sistema social, político e científico numa espécie de marginalização destes indivíduos em termos de preocupação e intervenção relativamente à epidemia do VIH/SIDA.

No que toca aos resultados, parece-nos que um dos dados obtidos mais importantes foi o desfazamento entre os comportamentos de risco para o VIH/SIDA e o conhecimento sobre a doença, ou seja, a verificação de que apesar do conhecimento ser adequado, os comportamentos de risco efetivos não desaparecerem. Este facto vai ao encontro de outras realidades relacionadas com comportamentos de saúde e de doença, como é o caso, por exemplo, do tabaco, em que o conhecimento sobre os riscos é elevado, mas no entanto, o comportamento de risco – fumar - mantém-se. Constitui-se, assim, um enorme desafio perceber que outros mecanismos, para além dos conhecimentos, estarão envolvidos na prática dos comportamentos de risco, nomeadamente para a infeção pelo VIH/SIDA.

Outro dado relevante que emergiu desta análise foi a constatação de que trabalhar estas temáticas (álcool e VIH/SIDA), implica ir para além do indivíduo consumidor.

Ficou claro o envolvimento tanto do sistema social geral, como do sistema de saúde em específico, não tendo este último, até à data, conseguido operacionalizar práticas generalizadas adequadas de cuidados. Não é comum estarem definidas na prática, ou nos modelos de orientação geral, estratégias de envolvimento das temáticas ligadas ao VIH/SIDA para consumidores de álcool. Mesmo ao nível da prevenção os programas direcionados para os consumidores de álcool não contemplam, por norma, o VIH/SIDA, estando mais sensibilizados para a acidentalidade rodoviária ou laboral.

2.4. Conclusões

O ponto de partida para este caminho de descoberta surgiu de uma questão levantada pela autora da presente dissertação no seio da equipa de tratamento de dependentes de álcool do extinto Centro Regional de Alcoologia do Norte, acerca da necessidade de conhecimentos mais acurados sobre o estado serológico (VIH/SIDA) dos utentes atendidos em tratamento, dado não existir qualquer procedimento específico que revelasse o registo de informação sobre a taxa de infeção pelo VIH/SIDA dos utentes dependentes de álcool. A dúvida estava lançada, e com ela surgiu uma cascata de outras dúvidas que careciam de atenção. Estariam estes utentes a ser rastreados para o VIH e para outras doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente para as hepatites víricas B e C? Se sim, qual seria a taxa de infeção? Poderíamos considerar que os sujeitos com dependência de álcool, devido às características psicotrópicas da substância, estariam num nível de risco equiparado ao dos dependentes de drogas ilícitas? Foram pois, estas as interrogações que serviram de base para o desenho deste estudo exploratório.

Durante o processo de busca bibliográfica subsequente deparamo-nos com outra lacuna: as referências à associação álcool e VIH/SIDA, pelo menos em documentos de investigação portugueses, era escassa, se não mesmo nula. Com tal caminho ainda por desbravar, lançamo-nos na procura de respostas para estas inquietações.

No decorrer da presente investigação que pretendia abrir o leque do conhecimento acerca da associação entre álcool e VIH/SIDA em Portugal, deparamo-nos com muitas perguntas que ainda ficaram por responder. No entanto, e apesar de se tratar de um estudo preliminar, algumas conclusões, com implicações para a prática, podem ser retiradas dos dados encontrados.

Aquela que mais depressa nos surge prende-se com a necessidade por nós percebida de alargar o corpo de conhecimento sobre uma população que tendo reconhecidamente comportamentos que a identificam como sendo uma adição, tem igualmente uma dimensão de sequelas físicas às quais não podemos fugir, inerentes ao evoluir do problema e centradas nos consumidores, mas também suscitadas por comportamentos de risco para a saúde, quer de cada um destes indivíduos, quer dos que lhe possam estar mais próximos, nomeadamente quando falamos de doenças infecto-contagiosas como as hepatites víricas e o VIH/SIDA.

Seguidamente, e tendo em linha de conta o que encontramos em termos de auto-perceção de risco, comportamentos sexuais de risco, consideramos prioritária a abordagem da sexualidade junto desta população, de uma forma global, abrangente e que possa diluir-se para os outros significativos, num registo preventivo e educativo.

O treino e formação das estruturas de saúde e dos seus técnicos na consideração da avaliação do VIH/SIDA como boa prática preventiva a implementar descartando gradualmente os preconceitos associados não só à doença, mas também a todo o processo de deteção da mesma, seria um ponto de reflexão que gostaríamos de deixar sublinhado.

Relativamente a esta dúvida, os dados obtidos como presente estudo demonstram que o rastreio do VIH/SIDA não é suficientemente eficaz para se concluir se a taxa de incidência de VIH/SIDA nesta população coloca os consumidores de álcool, neste caso os dependentes de álcool, sob a definição de população mais vulnerável, a par com os toxicodependentes, trabalhadores sexuais, reclusos, etc., apesar de o número de casos com teste de VIH/SIDA positivo, neste estudo, ser muito superior à população em geral.

No entanto, as dimensões desta amostra não nos permitem fazer afirmações seguras nesse sentido, pelo que um estudo comparativo com amostras mais representativas parece ser o caminho a seguir. Apurar a metodologia de recolha de dados, de maneira a percebermos melhor a associação entre álcool e comportamentos sexuais de risco, nomeadamente no que diz respeito às relações sexuais desprotegidas sob o efeito do álcool, configurou-se-nos igualmente como uma necessidade.

Finalmente, considerar que, sendo a preocupação com o VIH/SIDA nesta população mínima como os resultados deste estudo preliminar deram a entender,

contemplar a inclusão por exemplo, de variáveis de análise referentes às estratégias de prevenção do VIH/SIDA que poderão ser usadas por estes sujeitos para se protegerem, seria uma condição que se poderia constituir como uma mais valia para o aprofundar da relação entre conhecimento e atitudes neste domínio.

3. Estudo 2: Abrindo o caminho às comparações: Conhecimentos e comportamentos relativos ao VIH/SIDA de Sujeitos com Dependência de Substâncias (álcool e drogas) e Sem Dependência de Substâncias

Este segundo estudo decorre dos dados encontrados na investigação de índole exploratória que consta do ponto anterior, e pretendeu avaliar e comparar a perceção dos comportamentos de risco, os comportamentos de risco propriamente ditos, a realização do teste de despiste do VIH/SIDA, os conhecimentos sobre o VIH/SIDA e as estratégias de prevenção da infeção pelo VIH/SIDA de três grupos que se diferenciam pelo tipo de consumo de substâncias que apresentam, sustentado numa sub-amostra de indivíduos com dependência alcoólica, noutra constituída por elementos com diagnóstico de dependência de drogas ilícitas e finalmente numa sub-amostra de sujeitos sem história de dependência de substâncias (álcool e drogas ilícitas).

Surge então como sequência das diferenças significativas encontradas ao nível dos conhecimentos e da perceção de risco para o VIH/SIDA entre dependentes de álcool com história de dependência de drogas e dependentes de álcool sem história de consumos de substâncias ilícitas.

Estava pois lançada a dúvida acerca da especificidade que cada um destes grupos de consumidores poderia apresentar quanto, não só à perceção dos seus comportamentos de risco, mas também quanto aos conhecimentos que a focalização de estratégias de prevenção desenvolvidas junto de utilizadores de substâncias ilícitas poderiam ter implementado, tendo em conta que foram durante vários anos considerados como um grupo de risco particular para a infeção pelo VIH/SIDA.

Nesta sequência, considerar a avaliação das estratégias de prevenção de contaminação apresentadas pelos três grupos, configurou-se como um acréscimo às variáveis anteriormente contempladas.

Neste sentido, o nosso objetivo geral foi perceber se os dependentes de álcool se podem constituir como mais um alvo prioritário para intervenções específicas relacionadas com a infeção pelo VIH/SIDA, (a par das populações já detetadas como mais vulneráveis, como é o caso dos toxicodependentes, trabalhadoras(es) do sexo, reclusos, etc.) nomeadamente ao nível da prevenção dos comportamentos de risco, rastreio da infeção e aconselhamento.

Decorrente deste objetivo geral, consideramos como objetivos específicos os seguintes:

1. Conhecer a dimensão da perceção de comportamentos de risco para a infeção do VIH/SIDA dos três grupos;
2. Avaliar qual a taxa de realização do teste do VIH/SIDA para cada um dos grupos (dependentes de álcool, de drogas e sem dependência de substâncias);
3. Determinar quantas pessoas, de cada grupo, estariam infetadas pelo VIH/SIDA;
4. Analisar quais as estratégias de prevenção (realistas, irrealistas, relacional, de verificação e de limpeza⁴¹) mais utilizadas por cada grupo para se proteger da infeção pelo VIH/SIDA;
5. Compreender a relação entre auto-perceção de risco para a infeção e as estratégias de prevenção do VIH/SIDA usadas pelos participantes dos três grupos;
6. Analisar o nível de conhecimento relativo ao VIH/SIDA nos três grupos e em que medida este estaria relacionado com a prática de comportamentos de risco;
7. Avaliar se existem diferenças entre os três grupos quanto à auto-perceção dos comportamentos de risco;
8. Avaliar se existem diferenças entre os três grupos relativamente à realização do teste de despiste do VIH/SIDA;
9. Avaliar se existem diferenças entre os três grupos relativamente aos conhecimentos sobre o VIH/SIDA;
10. Estudar as associações entre estratégias de prevenção e conhecimentos sobre o VIH/SIDA;
11. Detetar que variáveis se constituíam como preditoras da perceção de risco
12. Analisar que variáveis se constituíam como preditoras dos comportamentos de risco;
13. Analisar que variáveis se constituíam como preditoras da realização do teste do VIH/SIDA;

Da elaboração destes objetivos específicos emergiram as hipóteses de investigação que passamos a enumerar:

⁴¹ A denominação de cada uma das estratégias referidas encontra-se na alínea e) do ponto 3.1.2. deste capítulo.

-
- Hipótese 1 – Os três grupos não se distinguem quanto à percepção dos comportamentos de risco.
- Hipótese 2 – O grupo de dependentes de álcool e o grupo sem dependência de substâncias apresentam menos comportamentos de risco efetivos que o grupo dos dependentes de drogas ilícitas.
- Hipótese 3 – Os três grupos apresentam frequências significativamente diferentes de realização do teste de despiste do VIH/SIDA.
- Hipótese 4 – Os três grupos apresentam uma frequência de testes de VIH/SIDA positivos significativamente diferentes.
- Hipótese 5 – O grupo dos dependentes de drogas ilícitas apresenta valores significativamente mais elevados de conhecimento relativo à infeção pelo VIH/SIDA, que os dois restantes grupos.
- Hipótese 6 – O grupo dos dependentes de drogas ilícitas apresenta maior frequência de estratégias realistas para a proteção da infeção pelo VIH/SIDA.
- Hipótese 7 – A percepção dos comportamentos de risco (auto-percepção de risco) está associada ao uso de estratégias ilusórias.
- Hipótese 8 - O nível de conhecimento sobre VIH/SIDA está associado a práticas realistas de prevenção.
- Hipótese 9 – A utilização de estratégias ilusórias difere significativamente entre os três grupos.
- Hipótese 10 – As estratégias ilusórias, as estratégias realistas, o género, o grupo, a escolaridade, o conhecimento sobre o VIH/SIDA, a realização do teste de VIH/SIDA e o número de parceiros ao longo da vida, são preditores significativos da percepção de risco.
- Hipótese 11 – As estratégias ilusórias, as estratégias realistas, o género, o grupo, a escolaridade, o conhecimento sobre o VIH/SIDA, a realização do teste de VIH/SIDA e o número de parceiros ao longo da vida, são preditores significativos dos comportamentos de risco.

Hipótese 12 – As estratégias ilusórias, as estratégias realistas, o género, o grupo, a escolaridade, o conhecimento sobre o VIH/SIDA, e o número de parceiros ao longo da vida, são preditores significativos da realização do teste de VIH/SIDA.

3.1. Método

O presente estudo tem um formato observacional e descritivo com carácter indutivo, e foi realizado com o intuito de se perceber se os dependentes de álcool se poderiam considerar um grupo prioritário para a prevenção e rastreio do VIH/SIDA, equiparando-os aos dependentes de substâncias ilícitas, nomeadamente de heroína.

A dimensão descritiva prende-se com a necessidade de sistematizar a informação sobre as características dos três grupos, de forma a percebermos como se caracterizam enquanto grupo específico e, também, de forma a conhecermos o que é comum e o que é diferente em cada um deles.

Recorremos ainda ao formato inferencial quando pretendemos averiguar a especificidades de associação e de diferenciação entre algumas das variáveis, que nos pareceram pertinentes para a investigação.

Finalmente, e visando obter uma visão mais determinante quanto ao peso de determinados fatores na génese de determinada condição o formato foi de análise multivariada (regressão linear múltipla).

3.1.1. Amostra

A amostra recolhida por conveniência foi constituída por 246 sujeitos de ambos os sexos (156 homens e 91 mulheres), com idades compreendidas entre os 19 anos e os 67 anos, que consentiram participar neste estudo. Esta amostra divide-se em 3 grupos cada um com 82 sujeitos e que se caracterizaram da seguinte forma: o Grupo 1 (G1) constituído sujeitos que tinham como característica comum preencherem os critérios de diagnóstico para “dependência de álcool” de acordo com o DSM IV-TR (APA, 2004) (Anexo II); o Grupo 2 (G2), constituído sujeitos que cumpriam os critérios de diagnóstico para “dependência de substâncias” (anexo II) e finalmente o Grupo 3 (G3) nomeado como grupo sem dependências constituído por sujeitos, sem história de tratamento para o consumo de substâncias (álcool e/ou drogas ilícitas). Devido às

características da população com dependência de álcool serem bastantes diferentes da população dependente de drogas ilícitas, principalmente no que diz respeito à escolaridade e ao estado civil, as três amostras foram emparelhadas tendo em conta as variáveis sexo e idade.

3.1.2. Instrumentos de avaliação:

Como já previamente foi referido, os resultados obtidos no estudo 1 obrigaram-nos a repensar algumas questões da investigação, levando-nos por exemplo a centrarmos-nos numa única doença infecciosa, neste caso o VIH/SIDA.

Com esta escolha como pano de fundo procedemos à modificação de um instrumento, à introdução de um outro, mantendo-se dois dos previamente utilizados na recolha da informação realizada no Estudo 1. Assim, a lista dos instrumentos que sustentaram este segundo estudo são os que se seguem:

a) Formulário de consentimento⁴²

Trata-se do mesmo formulário aplicado no Estudo 1.

b) Entrevista de despiste de tratamento do consumo de substâncias⁴³

Trata-se de um conjunto sucinto de questões que visavam assegurar, na escolha do grupo 3, a ausência de casos com história de consumos de problemáticos de álcool e de outras substâncias ilícitas.

c) Entrevista estruturada

Mantendo a estrutura global deste instrumento, nomeadamente a sua organização em quatro partes distintas, mas tendo em linha de conta a experiência obtida no estudo 1 pensamos que seria vantajoso proceder às seguintes alterações:

- Excluimos da entrevista todas as questões relacionadas com as Hepatites (B e C), face à decisão de no presente estudo nos centrarmos apenas nas temáticas do VIH/SIDA;
- Para o maior aprofundamento dos comportamentos sexuais relacionados com o VIH/SIDA acrescentamos uma questão relativa ao número de parceiros no último ano, outra questão relativa à existência de uma relação estável/duradora

⁴² Encontra-se no III

⁴³ Encontra-se no anexo III

atualmente e ainda uma outra referente à ocorrência de relações extraconjugais, que constituem os pontos 8, 9 e 9.1. respetivamente.

- Ainda no que se refere aos comportamentos de risco foi acrescentada uma questão sobre o conhecimento acerca dos comportamentos de risco que constitui a questão número 10 da entrevista.
- Foi ainda destacado do ponto 9 da entrevista estruturada do estudo 1 o comportamento “relações sob o efeito de álcool”, que transformamos numa questão com maior desenvolvimento (ponto 13 da entrevista do estudo 2), nomeadamente incluindo o registo do uso de preservativo, e o tipo de relação (ocasional ou não).

d) Questionário de conhecimentos sobre o VIH/SIDA (QCVIH) da autoria da CNLCS⁴⁴

Trata-se do questionário com o mesmo nome, aplicado no Estudo 1.

e) Questionário Estratégias prevenção VIH/SIDA (QEPVIH) da autoria do Prof. Doutor Jorge Negreiros

Este questionário (Negreiros, 2006) é constituído por 13 afirmações representativas de comportamentos e estratégias de prevenção da infeção pelo VIH, face às quais os participantes se situam numa escala de *Lickert* (de Nunca -1, até Sempre -5). As respostas ao questionário deveriam reportar-se ao seu comportamento nos últimos 12 meses, devendo aquele ser respondido apenas por sujeitos que manifestassem ter tido pelo menos um parceiro nesse período de tempo.

Os 25 comportamentos elencados representam, em 8 casos, estratégias realistas, sendo interpretadas como comportamentos que garantem a impossibilidade de contaminação pelo VIH/SIDA. Estas estratégias garantem o controlo real sobre a exposição ao VIH/SIDA na medida em que fornecem proteção consistente e conhecida contra o risco de infeção (Thompson et al., 1999). Os restantes 17 itens configuram estratégias denominadas como ilusórias, ou de controlo ilusório, na medida em que se baseiam em estratégias não efetivas ou menos efetivas de proteção contra o VIH/SIDA, como é o caso das que implicam a aplicação de uma série de competências pessoais com vista a alcançar o desejado – não ser infetado pelo VIH. Como exemplo, temos o

⁴⁴ Questionário disponível no sitio web da coordenação para a infeção pelo VIH/SIDA.

item “obter informação sobre as relações sexuais prévias do parceiro antes de ter relações sexuais com ele”, em que, para a sua eficácia são necessárias múltiplas estratégias intermédias, tais como a capacidade de abordar este tema com o parceiro, ter a certeza de que o que ele conta é verdadeiro e tomar a decisão de ter ou não relações sexuais com ele.

Partindo de um instrumento original de Thompson et al. (1999) ao qual acrescentou alguns itens derivados de um estudo qualitativo, Negreiros (2006a) construiu a versão final de 25 itens que visava “*identificar as principais categorias cognitivas associadas ao modo como os consumidores de drogas percebem quer os seus comportamentos de risco de transmissão do VIH, quer os meios para evitar a contaminação*” (p. 136). O mesmo autor encontrou para este instrumento 3 fatores distintos que correspondem a estratégias ilusórias de limpeza (em que os itens selecionados se sustentavam em medidas sanitárias e de higiene como fator de evitar a contaminação pelo VIH), relacionais (em que os itens se baseiam em aspetos relacionados com a confiança no parceiro(a) sexual) e de verificação (em que os itens pressupõem a avaliação de condições exteriores dos parceiros como forma de prevenção da infeção).

3.1.2.1. Características psicométricas dos instrumentos

A validade de constructo do questionário de conhecimentos do VIH/SIDA (QCVIH), foi descrita no ponto 2.1.2.1. do estudo exploratório (estudo 1), pelo que passaremos a apresentar os procedimentos aplicados ao questionário das estratégias de prevenção do VIH/SIDA (QEPVIH).

3.1.2.1.1. Análise Fatorial

No que se refere ao questionário das estratégias de prevenção do VIH/SIDA (QEPVIH), recorreremos à verificação dos pré-requisitos para a realização de uma análise factorial de componentes principais, através do cálculo da medida de adequação da amostra *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* que, ao apresentar um valor de ,717 viabiliza o cálculo da análise de componentes principais [ACP], valor este coadjuvado pelo teste de *Bartlett* com valor significativo de $p < ,001$.

Reunidas as condições para a realização de uma APC, e tendo a escala construída por Negreiros (2006) três fatores, realizamos uma análise fatorial

exploratória sobre a matriz das correlações, com extração dos fatores pelo método das componentes principais seguida de rotação Varimax.

Tendo como critério a seleção dos fatores interpretáveis com um *eigenvalue* superior a 1, a análise fatorial convergiu para uma solução com 4 componentes principais que explicam 56,73% da variância total. Como esta solução se afasta da solução encontrada por Negreiros (2006), foi efetuada uma segunda AFE em que o item “*pratico sexo oral sem preservativo*” foi eliminado devido à sua baixa comunalidade extraída (,178) e forçada a extração de 3 componentes principais (quadro 71). As três componentes explicam 50,79% da variância total, muito semelhante à variância encontrada por Negreiros (51,3%). A primeira componente explica 26,36% da variância, enquanto que em Negreiros explica 25,3%, a segunda explica 13,98% (16,3%) e a terceira explica 10,44% (9,7%).

Quadro 71

Análise fatorial do QEPVIH, Variância total explicada.

Componentes	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	3,164	26,363	26,363	3,164	26,363	26,363	2,877	23,971	23,971
2	1,678	13,982	40,345	1,678	13,982	40,345	1,794	14,949	38,920
3	1,254	10,448	50,793	1,254	10,448	50,793	1,425	11,873	50,793
4	1,125	9,374	60,167						
5	,907	7,562	67,729						
6	,837	6,979	74,708						
7	,692	5,768	80,476						
8	,654	5,453	85,929						
9	,536	4,467	90,396						
10	,457	3,809	94,205						
11	,396	3,303	97,509						
12	,299	2,491	100,000						

No quadro 72 podemos analisar a saturação dos itens (> ,40) em cada uma das componentes principais. A primeira componente principal integra os itens relacionados com a estratégia relacional, embora inclua alguns relacionados com a estratégia de verificação e não inclua outros que são tipicamente de uma estratégia relacional. A segunda componente inclui itens relacionados com a estratégia de limpeza. A terceira componente inclui itens relacionados com a estratégia relacional e com a estratégia de

verificação. Deste modo, embora de forma genérica as componentes reflitam as estratégias de proteção ilusórias, uma vez que a configuração dos itens em cada componente não é exatamente o esperado, as componentes principais não foram utilizadas posteriormente na análise estatística. Antes, preferiu-se criar as variáveis relacionadas com as estratégias ilusórias de acordo com a solução obtida por Negreiros (2006).

Quadro 72

Matriz de componentes rodada

	Componentes		
	1	2	3
só tenho relações sexuais com pessoa de quem gosto	,785		
procuro limitar o número de parceiros com quem tenho relações sexuais	,766		
procuro conhecer os meus parceiros antes de ter relações sexuais	,762		
evito ter relações sexuais com prostitutas	,640		
só tenho relações sexuais com pessoas que têm um teste negativo do HIV	,599		
procuro informar-me das experiências sexuais do parceiro...	,432	,327	,339
o meu parceiro(a) tem que se lavar antes de ter relações		,830	
tomo banho quente com sabonete antes de ter relações sexuais		,767	
tomo muitas vitaminas		,495	
procuro ter uma relação sexual com um único parceiro	,300		-,679
tenho relações sexuais com pessoas mais novas do que eu			,657
examino os órgãos genitais dos meus parceiros antes de ter sexo			,505

3.1.2.1.2. Consistência interna

A análise da consistência interna do questionário foi realizada com recurso ao coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach* (quadro 73). Os valores encontrados variam entre um mínimo de ,677 (fraco mas aceitável) na *Estratégia Relacional* e um máximo de ,777 (razoável) na *Estratégia de Limpeza*. A categorização destes valores segue o publicado em Hill e Lewicki (2005).

Quadro 73

Estratégias ilusórias

	<i>Alfa de Cronbach</i>	Nº de itens
Estratégia Relacional	,677	4
Estratégia de Verificação	,674	5
Estratégia de Limpeza	,777	3

O valor encontrado para as Estratégias Realistas foi de ,618 que apesar de ser fraco, é considerado aceitável (quadro 74).

Tabela 74

Estratégias realistas

	Alfa de Cronbach	Nº de itens
Estratégias Realistas	,618	5

Tendo em conta a análise descrita, parece-nos que o questionário sobre estratégias de prevenção do VIH/SIDA (QEPVIH), cumpre com os requisitos de validade e fidelidade, pelo que poderá, deste modo, ser incluído na presente investigação.

3.1.3. Procedimentos

3.1.3.1. Recolha dos Dados

Os critérios de seleção dos grupos um (G1) e dois (G2) foram a integração dos seus membros num programa de tratamento em serviço especializado e a existência de pelo menos um parceiro sexual no último ano.

No caso dos elementos do grupo de dependentes de álcool o primeiro critério (integração em programa de tratamento) foi assegurado pelo local de recolha de dados – serviço público regional especializado no tratamento da dependência do álcool, situado no distrito do Porto e abrangendo utentes de cinco distritos.

Já no caso dos participantes dependentes de substâncias ilícitas os locais eleitos para a recolha dos dados foram dois serviços públicos de tratamento da toxicod dependência, um situado no Porto outro em Viana do Castelo. O critério de seleção dos participantes foi a integração dos utentes no programa de substituição por agonista opiáceo (cloridrato de metadona), o que garantia a confirmação do critério relativo à dependência de substâncias ilícitas, neste caso, de heroína.

A recolha dos participantes do grupo de não dependentes foi feita numa unidade de saúde e para a sua seleção foram estabelecidos como critérios de exclusão a

existência de história de tratamento para o consumo de substâncias (álcool ou drogas), pelo que, para fazer cumprir estes requisitos antes de iniciarmos a recolha de informação fizemos uma triagem desta história de consumos, em formato de entrevista breve (anexo III).

O critério de exclusão da amostra considerado para os três grupos foi o analfabetismo, na medida em que parte do questionário era autoadministrado, embora em presença do entrevistador.

À semelhança do que havia sucedido no estudo 1, os questionários foram administrados por dois investigadores, um do sexo feminino outro masculino, emparelhando o género do investigador com o dos participantes, pelas razões já apresentadas oportunamente.

A sequência dos procedimentos foi a seguinte:

1. Leitura e preenchimento do formulário de consentimento
2. Entrevista de despiste de tratamento do consumo de substâncias (apenas para o grupo 3),
3. Entrevista estruturada,
4. Autopreenchimento do Questionário de informação sobre VIH/SIDA,
5. Autopreenchimento do Questionário de estratégias de prevenção para o VIH/SIDA, mantendo-se o entrevistador disponível para eventuais esclarecimentos de dúvidas que pudessem ter lugar.

3.1.3.2. Análise estatística dos Dados

A análise estatística envolveu medidas de estatística descritiva (frequência absolutas e relativas, médias e respetivos desvios padrão) e estatística inferencial. Nesta usou-se a análise fatorial exploratória, a análise de consistência interna, o teste Anova para medidas repetidas, o teste do Qui-quadrado de independência, o teste *Anova One-Way*, coeficientes de correlação de *Pearson*, o modelo de regressão linear múltipla e a regressão logística. Os pressupostos da regressão linear múltipla, designadamente a linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), independência de resíduos (teste de *Durbin-Watson*), normalidade dos resíduos (teste de *Kolmogorov-Smirnov*), multicolinearidade (VIF e Tolerance) e homogeneidade de variâncias (análise gráfica) foram analisados e encontravam-se genericamente

satisfeitos. As variáveis qualitativas foram transformadas em variáveis *Dummy*. Os pressupostos da *Anova One-Way*, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com os testes de *Kolmogorov-Smirnov* e teste de *Levene*. Nas situações em que a dimensão das amostras é superior a 30 aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o teorema do limite central. Quando a homogeneidade não se encontrava satisfeita usou-se o teste *Anova One-Way* com a correção de *Welch*. O pressuposto do Qui-quadrado de que não deve haver mais do que 20,0% das células com frequências esperadas inferiores a 5 foi analisado. As diferenças foram analisadas com o apoio dos resíduos ajustados estandardizados.

Usamos como referência, para aceitar ou rejeitar a hipótese nula, um nível de significância ($\alpha \leq 0,05$). No entanto, também comentamos as diferenças significativas com ($\alpha \leq 0,10$).

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, versão 20.0).

3.2. Apresentação dos resultados

Os dados que se seguem são elencados de acordo com a ordem de administração dos instrumentos já anteriormente referidos.

A análise da informação obtida, à semelhança dos procedimentos tidos para o Questionário de Conhecimentos e para o Questionário de Estratégias de Prevenção para o VIH/SIDA (QEPVIH), contempla uma primeira abordagem descritiva, e uma segunda inferencial de acordo com as hipóteses de investigação formuladas.

3.2.1. Análise descritiva

3.2.1.1. Análise descritiva dos dados obtidos na Entrevista Estruturada

Esta análise da entrevista estruturada, à semelhança do estudo 1, foi organizada de acordo com as mesmas áreas temáticas que constituíam quatro blocos específicos de recolha da informação. Inicia-se com a descrição dos dados encontrados referentes aos aspetos de índole sociodemográfica, aos quais se seguem informações relativas a

relacionamentos, parceiros, percepção individual de comportamentos de risco e prática efetiva de um conjunto de comportamentos que se podem configurar como de risco. Os itens que visavam descrever o impacto do consumo de álcool na atividade sexual são detalhados posteriormente, tal como acontece com a informação relativa ao rastreio do VIH/SIDA. Por último procedeu-se à caracterização dos consumos de álcool e de drogas ilícitas. Com o intuito de facilitar a leitura dos dados e o conhecimento sobre as características desta amostra, a apresentação dos dados, desta análise descritiva, foi dividida de acordo com o grupo. Ou seja, optamos por apresentar os dados do grupo de dependentes de álcool (G1), do grupo de dependentes de drogas ilícitas (G2) e do grupo sem dependência (G3) separadamente.

Passamos de seguida a descrever a informação recolhida, baseados na análise de frequências e de medidas de tendência central.

Feita a descrição dos itens que se encontram agregados por temáticas na entrevista, procedimentos estatísticos semelhantes aos realizados no anterior estudo foram aplicados, como a análise da distribuição da frequência das diferentes variáveis da entrevista estruturada e dos dois questionários.

Seguidamente procederemos à descrição da secção relativa aos dados de índole sociodemográfica, sendo os resultados obtidos apresentados separadamente para cada grupo.

3.2.1.1.1. Dados Sociodemográficos

Dados do grupo 1 (G1) - dependentes de álcool

Como podemos verificar pelo quadro 75, o grupo de dependentes de álcool (G1) foi constituído por 82 sujeitos de ambos os sexos (63,4% homens e 36,6% mulheres), com idades compreendidas entre os 22 anos e os 62 anos, sendo a média de idade de 44 anos ($DP_{idade} = 9,84$).

O grupo etário que concentra a moda (maior frequência de sujeitos) é o dos 41 aos 45 anos, com 20,7% (n=17) dos elementos deste grupo. Se tivermos em conta que os grupos etários anteriores congregam 49% dos restantes sujeitos podemos dizer que cerca de 60% dos elementos do G1 tem idade inferior a 45 anos, o que nos coloca perante um grupo relativamente jovem.

Quadro 75
Distribuição da Amostra de Dependentes de Álcool (G1) por Grupo Etário, Estado Civil e Escolaridade.

G 1 – Dependentes de álcool	(n = 82)	n	%
Grupo etário			
21-25		2	2,4
26-30		5	6,1
31-35		11	13,4
36-40		14	17,1
41-45		17	20,7
46-50		11	13,4
51-55		8	9,8
56-60		11	13,4
61-65		3	3,7
Estado Civil			
Solteiro		21	25,6
Casado/União de facto		47	57,3
Divorciado		11	13,4
Viúvo		3	3,7
Escolaridade			
1º ciclo		36	43,9
2º ciclo		24	29,3
3º ciclo		10	12,2
Secundário		11	13,4
Superior		1	1,2
Profissão			
S/ profissão		15	18,3
Especialistas prof, intelectuais e científicas		1	1,2
Pessoal administrativo e similares		7	8,5
Pessoal dos serviços e vendedores		10	12,2
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas		0	0
Operários, artífices e similares		25	30,5
Operadores de instalações, máquinas e montagem		5	6,1
Trabalhadores não qualificados		19	23,2
Outra situação		0	0
Estudante		0	0
Situação profissional			
Ativo		25	30,5
Desempregado		45	54,9
Baixa médica ou similar		5	6,1
Reformado		7	8,5

Relativamente ao estado civil verificamos que a maioria dos participantes deste grupo era casada ou vivia em união de facto (57%; n=21), seguindo-se o estado civil de solteiro com 25,6%, o de separado/divorciado com 13,4 % e o de viúvo com 3,7 %.

No que respeita ao nível de escolaridade, a maior parte da amostra (43,9%) tinha o 1º ciclo, seguindo-se os que cumpriram o 2º ciclo com 29,3%. Temos pois uma percentagem de 73,2 (correspondendo a 60 sujeitos) que não têm o equivalente ao

ensino mínimo obrigatório. A percentagem mais baixa corresponde aos que frequentaram o ensino superior com 1,2%, e encontramos percentagens próximas para o 3º ciclo (12,2%) e para o secundário (13,4%).

Relativamente à situação profissional os participantes da amostra estão na sua maioria desempregados (54,9%). Os que se mantêm ativos no emprego correspondem a 30,5% da amostra, os reformados a 8,5% e os restantes 6,1% estão com baixa médica ou similar.

A análise mais detalhada das profissões permite-nos registar que a maior parte dos elementos do G1 têm profissões pouco diferenciadas (operários, artífices e similares (30,5%; n=25), e trabalhadores não qualificados (23,2%; n=19) ou apresentam-se sem profissão (18,3%; n=15). Apenas um sujeito apresenta uma profissão mais diferenciada (especialistas profissionais intelectuais e científicas, 1,2%), os restantes incluem-se nas profissões da área administrativa ou similar (8,5%; n=7), dos serviços e vendedores (12,2%; n=19) ou então nas áreas profissionais de operadores de instalações, máquinas e montagem (6,1%; n=5).

Dados do grupo 2 (G2) - dependentes de drogas ilícitas

Como podemos verificar pelo quadro 76, o grupo de dependentes de drogas ilícitas (G2) foi constituído por 82 sujeitos de ambos os sexos (63,4% homens e 36,6% mulheres), com idades compreendidas entre os 19 anos e os 59 anos, sendo a média de idade de 36 anos ($DP = 8,256$).

Em termos globais, podemos afirmar que se trata de uma amostra jovem adulta, com 68,3% dos participantes com idades inferiores aos 40 anos, sendo que 42,7% dos sujeitos têm idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos. O grupo etário que contempla a moda é o dos 36 aos 40 anos com 22% (n=18) do total da amostra, seguindo-se o grupo imediatamente inferior (dos 31 aos 35 anos) e o imediatamente superior (dos 41 aos 45 anos), ambos a representarem 20,7 % da amostra (n=17).

Relativamente ao estado civil verificamos que a maioria (72,2%; n= 60) dos participantes deste grupo são pessoas mais sós (solteiro com 60,2%, divorciado(as) com 12%). O facto de não termos encontrado sujeitos viúvos neste grupo, e da percentagem de indivíduos casados ou a viver em união de facto apenas representar 27,7% da

amostra (n=23) também reforça esta descrição dos dependentes de drogas como pessoas eventualmente mais isoladas.

No que à escolaridade diz respeito, confirmamos que uma percentagem significativa (40,3%; n=33) cumpriu mais do que a escolaridade obrigatória (secundário 36,6%; n=30, ensino superior 3,7%; n=3), seguindo-se os que frequentaram o 2º ciclo (31,7%; n=26), e o 3º ciclo com 19,5% (n=16). O 1º ciclo representa apenas 8,5% (n=7) da amostra.

Quadro 76

Distribuição da amostra de dependentes de drogas ilícitas (G2) por Grupo Etário, Estado Civil, Escolaridade.

G 2 - Dependentes de substâncias	(n = 83)	n	%
Grupo etário			
16-20		1	1,2
21-25		6	7,3
26-30		14	17,1
31-35		17	20,7
36-40		18	22,0
41-45		17	20,7
46-50		6	7,3
51-55		2	2,4
56-60		1	1,2
Estado Civil			
Solteiro		50	60,2
Casado/União de facto		23	27,7
Divorciado		10	12,0
Viúvo		0	0
Escolaridade			
1º ciclo		7	8,5
2º ciclo		26	31,7
3º ciclo		16	19,5
Secundário		30	36,6
Superior		3	3,7

Apesar de encontrarmos uma percentagem significativa de sujeitos (47,5%; n=30) com profissões pouco diferenciadas (operários, artífices e similares com 22,0%; n=18; trabalhadores não qualificados com 14,5%; n=12) ou sem profissão (11%; n=9), os restantes 52,5% apresentam profissões coincidentes com o nível de escolaridade intermédio e superior destes sujeitos, como é o caso dos técnicos e profissionais de nível intermédio (4,9%; n=4), do pessoal administrativo e similares (2,4%; n=2), do pessoal dos serviços e vendedores (30,5%; n=25), dos quadros superiores e dirigentes (1,2%; n=1) e os especialistas de profissões intelectuais e científicas (2,4%; n=2).

É ainda importante ressaltar os dados relativos à profissão, que neste grupo apresentam uma categoria acrescida – “outra situação”. A apresentação dos dados relativos a esta variável tem como base a Classificação Nacional de Profissões, contudo esta classificação não contempla o(a)s trabalhadores(as) do sexo. Nesse sentido decidimos adicionar a categoria “outra situação” à classificação usada para categorizarmos a profissão de trabalhadores(as) do sexo, que neste grupo corresponde a 6,1% (n=5) dos sujeitos.

Quadro 77

Distribuição da amostra de dependentes de drogas ilícitas (G2) por Profissão e Situação Profissional.

G 2 - Dependentes de substâncias	(n = 83)	n	%
Profissão			
S/ profissão		9	11,0
Quadros superiores e dirigentes		1	1,2
Especialistas prof, intelectuais e científicas		2	2,4
Técnicos e profissionais de nível intermédio		4	4,9
Pessoal administrativo e similares		2	2,4
Pessoal dos serviços e vendedores		25	30,5
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas		1	1,2
Operários, artífices e similares		18	22,0
Operadores de instalações, máquinas e montagem		2	2,4
Trabalhadores não qualificados		12	14,5
Outra situação		5	6,1
Estudante		1	1,2
Situação profissional			
Ativo		29	35,4
Desempregado		46	56,1
Baixa médica ou similar		1	1,2
Reformado		2	2,4
Estudantes		3	3,7

A maioria dos sujeitos encontra-se desempregada (56,1%; n= 46). Os sujeitos com emprego representam 35,4% do total de sujeitos do G2, seguindo-se os estudantes com 3,7%, os reformados com 2,4% e os sujeitos com baixa médica ou similar com 1,2%.

Dados do grupo 3 (G3) - grupo de não dependentes

O grupo de não dependentes (G3) foi constituído por 82 sujeitos de ambos os sexos (63,4% homens e 36,6% mulheres), com idades compreendidas entre os 22 anos e os 67 anos, sendo a média de idade de 39 anos ($DP = 10,85$).

O grupo etário que regista a moda (maior frequência de sujeitos) é o dos 31 aos 35 anos (23,2%; n=19), seguindo-se o grupo etário dos 41 aos 45 anos (18,3%; n=15), já os grupos dos 26 aos 30 anos e o dos 51 aos 55 anos agregam a mesma percentagem de participantes (13,4%; n=11). Os grupos dos 36 aos 40 e dos 46-50 contemplam menores percentagens de sujeitos (11%; n=9 e 6,1%; n=5 respetivamente). Os grupos com menor representatividade correspondem aos grupos dos mais jovens (dos 16 aos 20 anos) e dos mais velhos (66 anos ou mais) com apenas 1 sujeito em cada grupo correspondendo cada um deles a 1,2% da amostra. A síntese destes resultados aponta para uma amostra relativamente jovem com 70% (n= 59) dos elementos menos que 45 anos (quadro 78).

Quadro 78
Distribuição do grupo de não dependentes (G3) por Grupo Etário,
Estado Civil.

G 3 – Grupo de não dependentes	(n = 82)	n	%
Grupo etário			
16-20		1	1,2
21-25		4	4,9
26-30		11	13,4
31-35		19	23,2
36-40		9	11
41-45		15	18,3
46-50		5	6,1
51-55		11	13,4
56-60		2	2,4
61-65		4	4,9
66 ou +		1	1,2
Total		82	100,0
Estado Civil			
Solteiro		33	40,2
Casado/União de facto		43	52,4
Divorciado		5	6,1
Viúvo		1	1,2
Total		82	100

Em termos de estado civil, a maior percentagem de participantes era casada ou em união de facto (52,4%; n=43), seguindo-se os solteiros com 40,2% (n=33), os divorciados (6,2%; n=5) e por último os viúvos com 1,2% (n=1).

O G3 apresenta um nível de escolaridade mais diferenciado com 40,2% (n=33) da amostra com frequência do secundário e 20,7% (n=17) com frequência do ensino superior. A percentagem mais baixa (6,1%) corresponde aos participantes com o 3º

ciclo (n=5), os sujeitos com o 1º ciclo representam 15,9% (n=13) do total deste grupo e os com o 2º ciclo 17,1% (n=14).

Quadro 79

Distribuição do grupo de não dependentes (G3) por Escolaridade, Profissão e Situação Profissional.

G 3 – Grupo de não dependentes	(n = 82)	n	%
Escolaridade			
1º ciclo		13	15,9
2º ciclo		14	17,1
3º ciclo		5	6,1
Secundário		33	40,2
Superior		17	20,7
Total		82	100
Profissão			
S/ profissão		0	0
Quadros superiores e dirigentes		3	3,8
Especialistas prof, intelectuais e científicas		8	10,1
Técnicos e profissionais de nível intermédio		11	13,9
Pessoal administrativo e similares		8	10,1
Pessoal dos serviços e vendedores		17	21,5
Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas		1	1,3
Operários, artífices e similares		14	17,7
Operadores de instalações, máquinas e montagem		6	7,6
Trabalhadores não qualificados		7	8,9
Outra situação		0	0
Estudante		4	5,1
Total		79	100
Situação profissional			
Ativo		57	76,0
Desempregado		10	13,3
Baixa médica ou similar		0	0
Reformado		4	5,3
Estudantes		4	5,3
Total		75	100

Neste grupo não encontramos participantes sem profissão e apenas 8,9% (n=7) era trabalhador não qualificado. Pelo contrário verificamos haver uma percentagem de 27,8% (n=22) de sujeitos com profissões mais especializadas que transparecem um nível mais elevado de escolaridade, como foi o caso dos quadros superiores e dirigentes 3,8% (n=3), dos especialistas de profissões intelectuais e científicas com 10,1% (n=8) e os técnicos e profissionais de nível intermédio com 13,9% (n=11). Também as profissões que normalmente requerem um nível médio de escolaridade (secundário),

agregaram 31,6 % (n=25) dos participantes e estão refletidas nas categorias profissionais de pessoal administrativo e similares (10,1%; n=8) e pessoal dos serviços e vendedores (21,5%; n=17).

Relativamente à situação profissional, 76% dos sujeitos (n=57) deste grupo encontravam-se ativos, com apenas 13% (n=10) dos sujeitos em situação de desemprego. Encontramos valores idênticos para os reformados e estudantes com 5,3% (n=4) do total de sujeitos respetivamente.

Terminada a descrição separada dos dados relativos a cada um dos grupos, fará sentido assinalar que estamos pois perante três grupos com médias de idade relativamente próximas (G1: 44 anos, G2: 36 anos, G3: 39 anos), em que no G1 predominam elementos com nível de escolaridade equivalente ao 1º ciclo (43,9%), no G2 o nível secundário (36,6%) e o G3 é o que apresenta níveis mais diferenciados de escolaridade (secundário: 40,2% e secundário: 20,7%). No que respeita à situação profissional, ou seja, perante o emprego tanto no G1 (54,9%) como no G2 (56,1%) prevalece o desemprego já no G3 a maioria (76%) dos participantes estava ativa. O estado civil da maioria dos sujeitos do G1 (57,3%) e do G3 (52,4%) é casado /união de fato, enquanto que no G3 encontramos a maioria dos sujeitos solteiros (60,2%).

3.2.1.1.2. Relacionamentos e Parceiros

A existência de múltiplos parceiros sexuais está bem determinada como um fator de risco para a infeção do VIH/SIDA, principalmente se estes forem concorrentes (Speizer, Gómez, Stewart, & Voss, 2011; Mishra & Assche, 2009). Deste modo, a análise que se segue centrou-se na quantificação do número de parceiros sexuais dos participantes ao longo da vida e no último ano. Para além disto, tentamos perceber se os parceiros do último ano representavam atualmente uma relação amorosa estável. Junto dos sujeitos que respondiam positivamente à questão do parceiro estável, exploramos a existência de relacionamentos sexuais extraconjugais.

Dados do grupo 1 (G1) - dependentes de álcool

Este ponto prende-se com o levantamento de informações respeitantes aos aspetos mais relacionais contemplados na entrevista. Assim, relativamente ao número

de parceiros sexuais ao longo da vida, verificou-se que a maioria dos sujeitos (de todos os grupos) teve mais do que um parceiro ao longo da vida (quadro 80).

Para o G1 a moda centra-se nos 2 a 5 parceiros ao longo da vida (35,4%; n=29). No que diz respeito às restantes possibilidades de resposta, 20,7% (n=17) dos participantes referiu um único parceiro, enquanto que 28% (n=23) registou mais de 10 parceiros ao longo da vida. Os que referiram ter entre 6 e 10 parceiros ao longo da vida, representam 15,9% (n=13) da amostra.

Já no que se refere ao número de parceiros no último ano, o cenário é algo diferente. Neste caso, a maioria dos participantes (81,7%; n=67) refere que teve apenas um parceiro, enquanto que 12,2% (n=10) referiu 2 a 5 parceiros, e apenas um sujeito (1,2%) assinalou que teve entre 6 e 10 parceiros no último ano. Os elementos que referiram mais de 10 parceiros representam 4,9% (n=4) da amostra.

Ao aprofundarmos esta questão dos parceiros sexuais, tentamos perceber igualmente quantos elementos se considerava numa relação estável. A maioria da amostra do G1 respondeu positivamente (72%; n=59), confirmando ter na altura da avaliação uma relação estável. A estes participantes que referiram ter uma relação estável foi colocada uma questão sobre a existência de relações extraconjugais. Vinte por cento do G1 (n=12), referiu a existência de uma relação extraconjugal.

Dados do grupo 2 (G2) - dependentes de drogas ilícitas

Para o G2 os dados mostram que todos os seus participantes tiveram mais do que um parceiro ao longo da vida. Para 45,1% (n=37) dos participantes o número de parceiros ao longo da vida foi de dois a cinco, seguindo-se os que referiram mais de 10 parceiros (35,4%; n=29). Os restantes 19,5% (n=16) referiram um número de parceiros entre os 6 e os 10 em toda a sua vida. Contudo quando analisamos o número de parceiros sexuais no último ano, os valores descem. Nesta variável o G2 já apresenta uma percentagem de 69,5% (n=57) a referir ter apenas 1 parceiro no último ano. Os que tiveram entre dois a cinco parceiros no último ano correspondem a 26,8% (n=22), os que tiveram entre seis e 10 representam 1,2% (n=1) e finalmente apenas 2 sujeitos (2,4%) referiram mais de 10 parceiros nos últimos 12 meses. Também para este grupo, 61,3% (n=49) referiu que os parceiros do último ano correspondem a uma relação

amorosa e estável. Relativamente a relações extraconjugais, 10 participantes (17,9%) referiram que tiveram relações sexuais com outra pessoa sem ser o companheiro(a).

Dados do grupo 3 (G3) – grupo de não dependentes

Para o G3 a moda do número de parceiros ao longo da vida não difere dos outros grupos, centrando-se nos dois a cinco parceiros para 45,7% da amostra (n=37). No entanto, este grupo também apresenta valores próximos para o mínimo (um parceiro) com 23,5% (n=19) e para o máximo de parceiros (mais de 10) ao longo da vida com 21% (n=17) a referir este valor. Os que referiram entre seis a 10 parceiros representam 9,9% (n=8) da amostra.

Quadro 80

Frequências das variáveis relativas aos relacionamentos e parceiros para os grupos 1, 2 e 3.

Variáveis	G1		G2		G3	
	n	%	n	%	n	%
Nº de parceiros ao longo da vida						
1 parceiro	17	20,7	0	0	19	23,5
2-5 parceiros	29	35,4	37	45,1	37	45,7
6-10 parceiros	13	15,9	16	19,5	8	9,9
>10 parceiros	23	28,0	29	35,4	17	21,0
Nº de parceiros no último ano						
1 parceiro	67	81,7	57	69,5	62	78,5
2-5 parceiros	10	12,2	22	26,8	15	19,0
6-10 parceiros	1	1,2	1	1,2	1	1,2
>10 parceiros	4	4,9	2	2,4	1	1,2
Tem atualmente parceiro estável						
Sim	59	72,0	49	61,3	68	82,9
Não	23	28,0	31	38,8	14	17,1
Já teve relação extraconjugal						
Sim	12	20,3	10	17,9	15	21,4
Não	47	79,7	46	82,1	55	78,6

Mais uma vez, quando questionados sobre o número de parceiro no último ano o panorama muda. Quase 80 % (78,5%; n=62) dos sujeitos referiu ter apenas um único parceiro nos últimos 12 meses, seguindo-se os 19% (n=15) que tiveram entre dois e cinco e por último os que tiveram entre seis e 10 e mais de 10 com o mesmo peso amostral de 1,2% (n=1). Cerca de oitenta e dois por cento dos parceiros no último ano

representavam para este grupo (G3) relações estáveis, os 17,1% (n=14) restantes referiram que atualmente não têm uma relação estável. Dos sujeitos que se identificaram como tendo uma relação amorosa no momento da avaliação, 15 assumiram que tiveram uma relação extraconjugal, representando 21,4% da amostra.

Em jeito de súpula, esta análise permitiu perceber que a maioria dos participantes de todos os grupos tiveram múltiplos parceiros ao longo da vida, contudo no último ano a maioria referiu a existência de apenas um parceiro (G1: 81,7%, G2: 69,5%, G3: 78,5%). No entanto, também percebemos que no último ano uma percentagem relativamente próxima entre os três grupos (G1: 20,3%, G2: 17,9%, G3: 21,4%) teve parceiros concorrentes, transparentes na variável relativa às relações extraconjugais.

3.2.1.1.3. Perceção e práticas de comportamentos de risco

A perceção dos comportamentos de risco para infeção pelo VIH/SIDA é tida por muitos autores (Napper, Reynolds, & Fisher, 2012; Prata, Morris, Mazive, Vahidnia, & Stehr, 2006) como o fator principal para a compreensão do que motiva as pessoas a se exporem às situações potencialmente perigosas relativas à contaminação pelo vírus. Neste sentido, pretendemos com esta análise averiguar para além da perceção do risco individual dos participantes, a existência de comportamentos de risco efetivos para a infeção pelo VIH/SIDA.

Dados do grupo 1 (G1) - dependentes de álcool

A análise das variáveis centradas nos conhecimentos e práticas de comportamentos de risco revelou que o G1 apresentou 14 participantes (17,1%) que desconheciam saber o que são comportamentos de risco (quadro 81). Relativamente a este ponto, importa ressaltar que sempre que um participante respondia negativamente à questão “sabe o que são comportamentos de risco?” era esclarecido sobre o seu significado e só depois é que prosseguia a entrevista, pois a segunda questão deste ponto incidia sobre a perceção dos comportamentos de risco dos próprios participantes, que só conseguiriam/poderiam responder se soubessem o seu significado.

Relativamente à percepção individual sobre os comportamentos de risco 68,3% (n=56) do G1 referiu não ter este tipo de comportamento. No entanto quando aprofundamos esta questão e nos centramos nos comportamentos de risco propriamente ditos, verificamos que 74,4% (n=61) da amostra já havia tido relações sexuais sem preservativo, que 22% (n=18) já praticou sexo sem preservativo com desconhecidos, e que a mesma percentagem teve relações sexuais das quais não se lembrava como teriam acontecido, este último mais frequente no G1 e no G2, deixando espaço para subentender a alteração do estado de consciência subjacente ao consumo de substâncias. A estes comportamentos de risco, acresce-se a utilização dos serviços das(os) trabalhadoras(es) do sexo, que foram referidos por 19,5% (n=16) do total da amostra e que representam 28,8% da amostra masculina. Outro comportamento referido mas por menor percentagem de sujeitos foi a prática de sexo em grupo (4,9%; n=4). No que diz respeito à partilha de seringas, este comportamento não foi relatado pelos participantes deste grupo. Relativamente à contabilização dos comportamentos de risco, podemos afirmar que este grupo tem uma média de 2,05 ($DP=1,33$) comportamentos de risco por sujeito, sendo a mediana de dois comportamentos.

Dados do grupo 2 (G2) - dependentes de drogas ilícitas

Quando analisamos os dados obtidos com o G2 verificamos que apenas três sujeitos (3,7%) referiram desconhecer o significado de comportamentos de risco, e que 65,9% (n=54) reconheceu já ter tido esse tipo de comportamento. Da análise específica dos comportamentos de risco, destaca-se o sexo sem preservativo referido por 79,3% (n=65) dos sujeitos, as práticas sexuais com desconhecidos (43,8%; n=35), as relações sexuais que não se lembram como aconteceram (21,3%; n=17) e a utilização dos serviços de trabalhadoras(es) do sexo (21,3%; n=17). Apesar de se tratar de um grupo consumidor de drogas ilícitas muitas vezes pela via injetada, apenas 16,3% (n=13) referiu já ter partilhado seringas. No entanto outro comportamento foi referido por 10% (n=8) da amostra e refere-se à prática de sexo em grupo. Relativamente à variável comportamentos de risco que quantifica o número deste tipo de comportamentos por cada sujeito desta amostra a média de 2,30 ($DP= 1,58$), sendo a mediana equivalente a dois comportamentos de risco por sujeito.

Dados do grupo 3 (G3) – grupo de não dependentes

Quanto ao G3 verificamos que a maioria (93,9%; n=77) dos participantes sabia o significado de comportamentos de risco, mas só 35% (n=28) referiu já ter tido este tipo de comportamento. Contudo, na análise aprofundada pudemos perceber que 79,3% (n=65) já havia tido sexo sem preservativo e que 12,2% (n=10) já o teria feito com desconhecidos. No entanto, como seria de esperar, a prática de sexo que pressupõe a alteração da consciência provocada pelo consumo de substâncias (“relações sexuais que não se lembra como aconteceram”), apenas foi referida por dois sujeitos (2,5%), assim como o sexo em grupo que foi referido por 7,3% (n=6). A prática de sexo com prostitutas(os) também foi a menor dos três grupos (quadro 8), referida por apenas cinco sujeitos (6,1%). Já a partilha de seringas, também tal como esperado, não foi referida por nenhum dos participantes deste grupo. Quanto à média dos comportamentos de risco deste grupo, ela situa-se nos 1,33 ($DP=0,97$), apresentando uma mediana de 1 comportamento por sujeito.

Depois da apresentação dos dados de forma separada para cada grupo, os quadros 81 sintetizam as respostas dadas comparando os três grupos.

Como pudemos aferir, a maioria dos participantes do G1 e do G3 referiu que nunca teve comportamentos de risco (G1: 68,3%; G3: 65%), apenas o G2 surge com a maioria dos seus elementos (65,9%) a considerar já ter estado em situações de risco para a infeção pelo VIH/SIDA. Contudo, percebemos que todos os grupos tinham comportamentos de risco efetivo. Os comportamentos relacionados com as práticas sexuais foram os que obtiveram valores mais elevados em todos os grupos, estando os comportamentos relativos ao uso do preservativo no topo das práticas sexuais de risco.

Quadro 81

Frequências das variáveis relativas aos conhecimentos e práticas de comportamentos de risco para os grupos 1, 2 e 3.

Variáveis	G1 (n=82)		G2 (n=82)		G3 (n=82)	
	n	%	n	%	n	%
Sabe o que são comportamentos de risco						
Sim	68	82,9	78	96,3	77	93,9
Não	14	17,1	3	3,7	5	6,1
Percepção dos seus comportamentos de risco						
Sim	26	31,7	54	65,9	28	35,0
Não	56	68,3	27	32,9	52	65,0
Prática de sexo sem preservativo						
Sim	61	74,4	65	79,3	65	79,3
Não	21	25,6	16	19,5	17	20,7
Partilha de seringas						
Sim	0	0	13	16,3	0	0
Não	82	100,0	67	83,8	82	100,0
Prática de sexo em grupo						
Sim	4	4,9	8	10,0	6	7,3
Não	78	95,1	72	90,0	76	92,7
Relações sexuais que não se lembra como aconteceram						
Sim	18	22,0	17	21,3	2	2,5
Não	64	78,0	63	78,8	79	97,5
Sexo sem preservativo com desconhecido						
Sim	18	22,0	35	43,8	10	12,2
Não	64	78,0	45	56,3	72	87,8
Recorrer aos serviços das trabalhadoras do sexo						
Sim	16	19,5	17	21,3	5	6,1
Não	66	80,5	63	78,8	77	93,9

3.2.1.1.4. Consumo de álcool e relacionamento sexual

O consumo de álcool tem sido identificado como um potenciador dos comportamentos sexuais de risco para a infeção pelo VIH/SIDA (Fisher, Cook, & Kapiga, 2010; Shuper et al., 2010). Esta associação muito centrada nos efeitos do álcool, assume que a desinibição provocada pelo consumo está muitas vezes associada aos comportamentos sexuais inseguros como a falha do uso do preservativo (Fisher et al., 2010; Zablotska, et al., 2006). Com a análise seguinte pretendemos perceber se os participantes já haviam tido relações sexuais sob o efeito do álcool, e para averiguarmos o risco tentamos perceber se os parceiros sexuais foram ocasionais e se tinham usado preservativo nessas ocasiões. Também tentamos perceber se os sujeitos consideravam que o álcool poderia ter influenciado a decisão de iniciar essa relação sexual e por fim

analisamos a interferência do álcool ao nível do relacionamento sexual, explorando qual o seu efeito.

Dados do grupo 1 (G1) - dependentes de álcool

Quando analisamos a associação entre consumo de álcool e as relações sexuais ressaltam os valores apresentados pelo G1 (quadro 82), onde se constata que para além dos 85,4% (n=70) da amostra que já teve relações sexuais sob o efeito do álcool, 60% (n=42) dos participantes referiu nunca ter usado o preservativo nessas ocasiões e 24,3% (n=17) assumiu tê-lo feito apenas algumas vezes, contra 15,7% (n=11) que referiu usar sempre o preservativo nas relações sexuais sob o efeito desta substância. Na tentativa de aprofundarmos esta questão relativa ao risco da prática sexual sob o efeito do álcool, verificamos que em 15,7% (n=11) dos casos o parceiro era sempre ocasional, e que para 32,9% (n=23) o parceiro foi algumas vezes ocasional. Os restantes 51,4% (n=36) referiram de todas as vezes que tiveram sexo sob o efeito do álcool, o parceiro era o companheiro(a) estável. No sentido de averiguarmos se o álcool teria influenciado a decisão de iniciar a relação sexual naquelas ocasiões, constatamos que 75,4% (n=52) dos participantes disseram que não, assumindo que mesmo sem o álcool a prática sexual teria acontecido. Contudo, 87,3% (n=69) considera que o álcool interfere na sua relação sexual, sendo paradoxalmente, tal como surgiu no estudo 1, os itens relativos à desinibição (35,3%; n=24) e inibição (25,4%; n=17) os que congregam o maior número de respostas positivas, seguindo-se os que consideraram o álcool como um excitante (19,4%; n=13).

Dados do grupo 2 (G2) - dependentes de drogas ilícitas

Relativamente ao G2, este grupo que é considerado de alto risco parece ser mais consciencioso principalmente no que diz respeito ao uso do preservativo em ocasiões especiais, pois apesar de 75% (n=57) ter referido que já teve relações sexuais sob o efeito do álcool, 32,8% (n=19) usou sempre preservativo nesta ocasiões, e 46,6% (n=27) usou-o algumas vezes, só 20,7% (n=12) é que referiu nunca usar. No entanto, para mais de metade da amostra, nestes casos, o parceiro foi algumas vezes ocasional (51,7%; n=30) e para 19% (n=11) foi sempre ocasional. Já no que diz respeito à interferência do álcool no processo de tomada de decisão em iniciar ou não a relação sexual registamos que para 35,1% (n=20) esta substância assumiu um papel

preponderante, pois foi assumido que se não estivessem sob o efeito do álcool não teriam iniciado a relação sexual. Para além da interferência do álcool na tomada de decisão 71,9% (n=46) dos participantes do G2 referiram que esta substância também interferia no seu relacionamento sexual. Para a maioria (72,1%; n=31) o seu efeito é de desinibição, e contraditoriamente também é percebido como excitante (23,3%; n=10) e como relaxante (20,9%; n=9).

Dados do grupo 3 (G3) – grupo de não dependentes

A análise dos dados do G3 relativa a esta associação demonstrou que mais de metade (65,8%; n=52) dos participantes nunca teve relações sexuais sob o efeito do álcool. Dos que tiveram, 61,5% (n=16) só usaram o preservativo algumas vezes e 23,1% (n=6) nunca usaram o preservativo nestes casos. Contudo, para uma grande percentagem de sujeitos (42,9%; n=12) o parceiro nunca foi ocasional e para 53,6% (n=15) foi algumas vezes, somente 1 sujeito (3,6%) referiu que nestas ocasiões o parceiro foi sempre ocasional.

Relativamente à interferência do álcool na tomada de decisão em iniciar a relação sexual, a maioria dos sujeitos (85,7%; n=24) referiu não haver interferência. Já no que respeita à sua interferência no relacionamento sexual o panorama altera-se, quando 62,2% (n=23) dos participantes assume que o álcool modifica o seu relacionamento sexual. Para a maioria (60,9%; n=14) esta interferência transparece na maior desinibição e para 26,1% o álcool assume o papel de catalisador para a excitação, só para 4 sujeitos (17,4%) é que o álcool funciona como relaxante na relação sexual.

O quadro que se segue (quadro 82), congrega os resultados dos três grupos concernentes às frequências das variáveis relativas à associação entre consumo de álcool e relações sexuais.

A análise da associação entre consumo de álcool e relações sexuais permitiu-nos perceber que a maioria dos elementos dos grupos de consumidores de substâncias (G1 e G2) já tiveram relações sexuais sob o efeito do álcool (G1: 84,1%, G2:75%), ao contrário do G3 em que a maioria (65,8%) nunca o fez. Quando exploramos o risco associado a esta prática, também registamos que o uso do preservativo nestas ocasiões não é consistente. A maioria dos participantes do G1 nunca usa o preservativo (59,4%), os do G2 e do G3 usam-no apenas algumas vezes (G2: 46,6%, G3: 61,5%). A

acrescentar ao risco para a infecção pelo VIH/SIDA que esta prática constitui, verificamos que as relações sob o efeito de álcool nem sempre aconteciam com o parceiro estável, sendo o G2 o grupo que mais relações sob o efeito do álcool tem com parceiros ocasionais (70,7%), seguindo-se o G3 (57,2%). Já o G1, nestes casos, tem na maioria das vezes (50,7%) relações sob o efeito do álcool com o parceiro estável. Relativamente à interferência do álcool no processo de tomada de decisão em iniciar a relação sexual, podemos afirmar que maioria dos participantes de todos os grupos (G1: 75%, G2: 64,8%, G3: 85,7%) considerou não haver interferência, pois, mesmo que não estivessem sob o efeito do álcool teriam tido relações sexuais naquelas ocasiões.

Quadro 82

Frequências das variáveis relativas à associação entre consumo de álcool e relações sexuais para os grupos 1, 2 e 3.

Variáveis	G1 (n=82)		G2 (n=82)		G3 (n=82)	
	n	%	n	%	n	%
Relações sexuais sob o efeito do álcool						
Sim	69	84,1	57	75,0	27	34,2
Não	13	15,9	19	25,0	52	65,8
Usou preservativo						
Nunca	41	59,4	12	20,7	6	23,1
Algumas vezes	17	24,6	27	46,6	16	61,5
Sempre	11	15,9	19	32,8	4	15,4
O parceiro era ocasional						
Nunca	35	50,7	17	29,3	12	42,9
Algumas vezes	23	33,3	30	51,7	15	53,6
Sempre	11	15,9	11	19,0	1	3,6
Teria iniciado a relação sexual se não estivesse sob o efeito do álcool						
Sim	51	75,0	37	64,8	24	85,7
Não	17	25,0	20	35,1	4	14,3
O álcool interfere no relacionamento						
Sim	69	87,3	46	71,9	23	62,2
Não	10	12,7	18	28,1	14	37,8
Álcool como desinibidor						
Sim	24	35,3	31	72,1	14	60,9
Não	44	64,7	12	27,9	9	39,1
Álcool como inibidor						
Sim	17	25,4	3	7,0	2	8,7
Não	50	74,6	40	93,0	21	91,3
Álcool como excitante						
Sim	13	19,4	10	23,3	6	26,1
Não	54	80,6	33	76,7	17	73,9
Álcool como relaxante						
Sim	4	9,0	9	20,9	4	17,4
Não	63	91,0	34	79,1	19	82,6
Álcool com outro efeito						
Não refere	68	82,9	81	98,8	80	97,6
Atrasa o orgasmo	2	2,4	0	0	0	0
Dá mais força	2	2,4	0	0	0	0
Impotência	1	1,2	0	0	1	1,2
Outro	9	11,1	1	1,2	1	1,2

Quanto à interferência do álcool nas relações sexuais pudemos verificar que a maioria dos participantes de todos os grupos considerou que o álcool tinha influência nas relações sexuais (G1: 87,3%, G2: 71,9%, G3: 62,2%), sendo a desinibição o efeito mais referido pelos três grupos (G1: 35,3%, G2: 72,1%, G3: 60,9%).

3.2.1.1.5. Rastreio do VIH/SIDA

Segundo o European Centre for Disease Prevention and Control (2013) cerca de 30% dos europeus não sabe que está infetado com o VIH/SIDA e em Portugal a mesma percentagem dos novos casos notificados correspondem a fases tardias da doença (Miranda, 2009; Perelman, 2009). Estes dados reacendem a discussão sobre o rastreio da infeção que tem sido um dos temas centrais em matéria de VIH/SIDA nos últimos anos, não só em Portugal mas em todo o mundo.

A associação entre consumo de álcool e comportamentos de risco para a infeção pelo VIH/SIDA é evidente, como já foi descrita anteriormente. No entanto, os dependentes de álcool não são considerados uma população prioritária para a deteção da infeção. Este facto poderá ser devido ao desconhecimento sobre o real impacto do VIH/SIDA nesta população específica, pois os dados epidemiológicos não diferenciam estas pessoas, nem os serviços especializados (centros de tratamento por exemplo) estão preparados, nem sensibilizados para a realização do rastreio dos seus utentes.

Deste modo, tentamos com a análise que se segue conhecer a realidade relativa à deteção do VIH/SIDA dos participantes, bem como as motivações para a sua realização ou não realização. Também foi nosso objetivo perceber se os parceiros dos elementos das amostras realizaram ou não o teste de deteção e no caso de o terem feito, qual o resultado (positivo ou negativo).

Dados do grupo 1 (G1) - dependentes de álcool

Quando abordamos o despiste do VIH/SIDA verificamos que 75,3% (n=61) dos participantes do G1 não têm por hábito obter informação sobre o despiste do VIH/SIDA junto dos seus parceiros, e os que têm (24,7%; n=20) fazem-no perguntando diretamente ao parceiro (89%; n=16). Já relativamente ao seu próprio despiste verificamos que a maioria (50%; n=41) já realizou o teste, e que as motivações foram

extrínsecas para mais de metade (67,5%; n=27), na medida em que 57,5% (n=23) só realizou o teste porque o médico pediu e 10% (n=4) realizou-o devido a burocracias, como por exemplo ser requisito para fazer o seguro obrigatório do empréstimo bancário. Dos que realizaram o teste, apenas 27,5% (n=11) fê-lo por desconfiança ou dúvida. Relativamente ao resultado obtido no teste de despiste do VIH/SIDA, verificamos que 3 sujeitos obtiveram um resultado positivo (7,32% dos que realizaram o rastreio), que corresponde a 3,66% da amostra (n=82) do grupo 1. Quando questionados acerca da realização do teste por parte dos parceiros, 42,5% (n=17) respondeu que os seus companheiros também tinham realizado o despiste, e destes 5,9% (n=1) tiveram um resultado positivo.

Quanto aos participantes que não realizaram o teste de despiste (50%; n=41), a maior motivação para não o fazer foi nunca terem pensado nisso (54,1%; n=20) ou considerarem que não precisavam ou que não tinha interesse (32,4%; n=12).

Dados do grupo 2 (G2) - dependentes de drogas ilícitas

Quando nos centramos nos dados obtidos pelo G2 verificamos que uma percentagem considerável (46,3%; n=37) costuma obter informação sobre o despiste do VIH/SIDA junto dos seus parceiros perguntando-lhes diretamente (85,2%; n=29) ou então pedindo que façam ou mostrem as análises de despiste (11,7%; n=4). Já no que se refere ao despiste do próprio verificamos que neste grupo quase a totalidade de sujeitos (97,5%; n=79) já havia realizado o teste do VIH/SIDA. Curiosamente, a maioria refere que o fez porque o médico pediu (56,4%; n=44), e apenas 26,9% (n=21) referiu que a sua motivação foi a desconfiança ou a dúvida, assumindo claramente que já teria estado envolvido numa situação de risco para a infeção pelo VIH/SIDA. Apenas 6,2% (n=5) referiu ter realizado o teste devido a burocracias.

Relativamente ao resultado do teste de despiste, 86,1% (n=68) dos participantes referiu um resultado negativo contra 11 com valores positivos (11,92%). Estes resultados positivos correspondem a 13,41% do total da amostra do grupo 2.

No que diz respeito aos resultados dos 35 parceiros que também realizaram o teste, foram positivos oito (18,60% dos rastreados). A justificação apresentada pelos dois sujeitos (2,5%) que não realizaram o teste, foi nunca terem pensado nisso (100%).

Dados do grupo 3 (G3) – grupo de não dependentes

Quanto ao G3, verificamos que apesar de 31,3% (n=21) referir ter por hábito questionar os seus parceiros (100%; n=17) de forma a obter informação sobre o despiste do VIH/SIDA, mais de metade da amostra (54,3%; n=44) nunca tinha realizado o teste. As justificações apresentadas para a não realização do despiste do VIH/SIDA prenderam-se com questões individuais sobre, por um lado a sua perceção individual de risco (“não interessa/não precisa”) equivalendo a 45% (n=18) das justificações, e por outro lado pelo desinteresse acerca destas questões (“nunca pensou nisso”) correspondendo a 37,5% (n=15) das motivações dos participantes.

Já os sujeitos que realizaram o teste (45,7%; n=37), apenas 13,5% (n=5) referiu tê-lo feito por desconfiança, enquanto que 24,3% (n=9) referiu que o fez devido a burocracias ou a pedido do médico (21,6%; n=8). Todos os participantes do G3 que realizaram o despiste do VIH/SIDA, bem como os 20 parceiros (52,6%) que também o fizeram, obtiveram resultados negativos.

O seguinte quadro (83) sumariza as respostas dos três grupos relativamente ao despiste do VIH/SIDA e às razões para a sua realização ou não.

Desta análise podemos concluir que a maioria dos elementos, de todos os grupos, não se preocupavam em obter informação sobre o despiste do VIH/SIDA dos seus parceiros antes da primeira relação sexual (G1: 75,3%, G2: 53,8%, G3: 68,7%). Os que o fizeram costumavam obter esta informação perguntando diretamente ao parceiro se já tinha feito o teste (G1: 89%, G2: 85,2%, G3: 100%). Contudo, também constatamos que metade dos elementos do G1 (50%) e mais de metade do G3 (54,3%) nunca tinham realizado o teste, ao contrário dos participantes do G2 em que 97,5% já o havia feito.

Quadro 83

Frequências das variáveis relativas ao despiste do VIH/SIDA para os grupos 1, 2 e 3.

Variáveis	G1 (n=82)		G2 (n=82)		G3 (n=82)	
	n	%	n	%	n	%
Costuma obter informação sobre despiste do VIH/SIDA junto dos parceiros						
Sim	19	23,5	37	46,3	21	31,3
Não	62	76,5	43	53,8	46	68,7
De que forma						
Pergunta	16	89,0	29	85,2	17	100,0
Pede/faz análises	1	5,5	4	11,7	0	0
Outro	1	5,5	1	2,9	0	0
Realizou teste VIH/SIDA						
Sim	41	50,0	79	97,5	37	45,7
Não	41	50,0	2	2,5	44	54,3
Porque realizou o teste						
Desconfiança/dúvida	11	27,5	21	26,9	5	13,5
Pedido do médico	23	57,5	44	56,4	8	21,6
Burocracias	4	10,0	5	6,4	9	24,3
Outra razão	2	2,4	8	10,3	15	40,5
Resultado do teste						
Positivo	3	7,5	11	13,9	0	0
Negativo	37	92,5	68	86,1	37	100,0
Parceiro realizou o teste						
Sim	17	42,5	43	60,6	20	52,6
Não	23	57,5	28	39,4	17	47,4
Resultado do teste do parceiro						
Positivo	1	5,9	8	20,5	0	0
Negativo	16	94,1	31	79,5	20	100,0
Porque não fez teste						
Medo do resultado	0	0	0	0	1	2,5
Não interessa/não precisa	12	32,4	0	0	18	45,0
Nunca pensou nisso	20	54,1	2	100,0	15	37,5
Outra razão	2	5,4	0	0	0	0
Mais do que uma resposta	3	8,1	0	0	6	15,0

As razões apresentadas para a sua não realização foram, para o G1 (32,4%) e para o G3 (45%) considerarem que não tinha interesse e que não precisavam ou então não o tinham feito por estarem despreocupados, referindo que nunca tinham pensado nisso (G1: 54,1%, G2: 100%, G3: 37,5%).

A motivação mais frequentemente apresentada para a realização do teste do VIH foi para a maioria dos participantes do G1 e do G2, o pedido do médico (G1: 57,5%, G2: 56,4%, G3: 21,6%). Para o G3 as motivações, claramente extrínsecas, dividem-se

também pela necessidade de realizar o teste devido a burocracias (24,3%). Relativamente ao resultado do teste, verificamos que apesar de ser negativo para a maioria dos elementos dos vários grupos (G1:92,5%, G2:86,1%, G3:100%), encontramos 7,5% de resultados positivos para o G1 e 13,9% de resultados positivos para o G2.

Quanto à realização do teste por parte do parceiro, concluímos que o G1 foi o grupo com menor percentagem de parceiros a realizar o teste (G1: 42,5%, G2: 60,6%, G3: 52,6%). Dos parceiros que realizaram o teste, encontramos 5,9% (G1) e 20,5% (G2) de resultados positivos, enquanto que nenhum dos parceiros do G3 teve um resultado positivo.

3.2.1.1.6. Consumos de substâncias lícitas e ilícitas

O consumo nocivo⁴⁵ de bebidas alcoólicas é um problema de alcance mundial que põe em risco tanto o desenvolvimento individual como o social. Este padrão de ingestão de álcool para além de estar relacionado com uma série de doenças não transmissíveis, está relacionado com o aumento dos comportamentos sexuais de risco (Choudhry, Agardh, Stafström, & Östergren, 2014). Tal associação é justificada pela diminuição do julgamento, pela redução da inibição e pela procura de excitação provocada pelo consumo “pesado” de álcool (Cooper, 2006; Justus, Finn, & Steinmetz, 2000), que fazem com que a perceção do risco seja diminuída (MacDonald, MacDonald, Zanna, & Fong, 2000). Para além disto, o consumo nocivo também tem sido associado à diminuição da intenção de usar preservativo (Scott-Sheldon, Carey, & Carey, 2010).

Deste modo, a análise que se segue pretendeu aprofundar as questões relativas aos consumos de álcool e de drogas dos participantes, como a idade do primeiro contacto com as substâncias, a idade de instalação do consumo nocivo de álcool, e as quantidades de bebida consumidas por dia medidas em unidades de medida padrão⁴⁶.

⁴⁵ O consumo nocivo é um padrão de consumo que já provocou algum tipo de dano (saúde física e/ou mental, social, familiar, laboral, etc.) mas que não satisfaz os critérios de dependência (DGS, 2011).

⁴⁶ Unidade de medida padrão: Apesar das bebidas alcoólicas terem diferentes graduações, os copos habitualmente mais usados para as diferentes bebidas têm quantidade idêntica de álcool o que corresponde a uma unidade bebida padrão com cerca de 10 a 12 g de álcool puro. A quantidade de álcool é, pois, idêntica por copo padronizado de vinho (a 12°), cerveja (a 5°) e destiladas (a 40°). Tal facto

Nas variáveis relativas ao consumo de drogas ilícitas, para além da idade de início já referida, pretendemos verificar quais as drogas mais consumidas e qual a situação atual dos participantes face ao seu consumo.

Dados do grupo 1 (G1) - dependentes de álcool

Quanto à idade de início dos consumos de álcool, pudemos apurar que 57,5% (n=46) dos participantes do G1 tiveram o seu primeiro contacto com o álcool muito precocemente, entre a infância (6-10 anos: 17,5%; n=14) e o início da adolescência (11-15: 40%; n=32). A continuidade do consumo fez com que o padrão mais nocivo da forma de beber também se instalasse relativamente cedo entre os 16 e os 30 anos (58,9%; n=47).

As quantidades de álcool consumidas antes de iniciarem tratamento refletem bem o problema de dependência dos elementos deste grupo, na medida em que 64,2% (n=47) consumia mais de 10 unidades por dia.

Quanto ao consumo de drogas ilícitas, verificamos que 23,2% (n=19) dos participantes do G1 já o havia feito, e que o primeiro contacto com as drogas aconteceu para a maioria dos participantes mais tarde, que o início do consumo de álcool, (57,9%; n=11) na adolescência (16-20 anos). A cocaína foi a substância mais referida (65%; n=13), seguindo o haxixe e a heroína ambos representando 60% (n=12). Contudo, neste grupo a forma de consumo mais frequente é o policonsumo (70%; n=14), que pressupõe o consumo concorrente das várias substâncias. No entanto, no momento da recolha de informação, quase a totalidade de sujeitos que já haviam consumido drogas ilícitas (94,7%; n=18) encontrava-se abstinente.

Dados do grupo 2 (G2) - dependentes de drogas ilícitas

Quase a totalidade dos elementos do G2 iniciaram o consumo de álcool na adolescência (11-15 anos: 40,9%; n=27 e dos 16-20 anos: 51,5%; n=34). Apesar dos participantes deste grupo serem dependentes de drogas ilícitas, o consumo nocivo de álcool também fez parte do seu repertório de abuso, tendo este padrão sido estabelecido também na adolescência (16-20 anos: 54,1%; n=20). A coincidência entre idades do

permite fazer a quantificação por unidades de bebidas ingeridas, o que facilita os cálculos do total de bebidas consumidas diariamente ou semanalmente (IDT, 2009).

primeiro contacto com o álcool e a instalação do padrão nocivo de consumo, pode estar associada à motivação destes sujeitos para consumo de outras substâncias (ilícitas), que é a alteração rápida da consciência.

Quanto às quantidades de álcool consumidas antes de iniciarem tratamento, estas não excediam para a maioria dos participantes (72,4%; n=21) as 5 unidades por dia. Importa salientar que os 27,6% (n=8) restantes consumiam todos 6 unidades de medida padrão por dia. Estes valores fazem transparecer que para estes elementos o álcool não era a substância de eleição, mas talvez por ser mais barata e acessível servia, possivelmente, para ajudar a lidar com os sintomas de abstinência enquanto não conseguiam obter a droga ilícita de preferência.

Relativamente ao consumo de drogas, como era esperado, todos os participantes deste grupo (100%; n=82) já o haviam feito. Paralelamente ao que aconteceu com o álcool, a idade de início do consumo de drogas ilícitas também ocorreu na adolescência (11-15 anos: 39%; n=32 e dos 16-20 anos: 47,6%; n=39).

Apesar dos elementos do G2 referirem já terem consumido todas as substâncias apresentadas da lista contemplada na entrevista, a heroína (95,1%; n=78), o haxixe (95,1%; n=78) e a cocaína (73,9%; n=77) foram as substâncias mais referidas. Contudo, para este grupo o consumo de várias substâncias (policonsumo) foi a mais frequentemente referida (96,3%; n=79). No entanto, no momento da entrevista a maioria dos participantes (79%; n=64) encontrava-se abstinente.

Dados do grupo 3 (G3) – grupo de não dependentes

Relativamente a este grupo (quadro 84), podemos verificar que a maioria dos participantes que já havia consumido álcool, teve o primeiro contacto com a substância na adolescência (67,2%; n=39) entre os 16 e os 20 anos. No entanto, este consumo não progrediu para consumo nocivo para nenhum dos seus elementos e por isso não foram registadas as quantidades de álcool consumidas.

Curiosamente, verificamos que 35,1% (n=27) dos participantes também já tinha consumido drogas ilícitas, e que o primeiro contacto ocorreu para a maioria (55,6%; n=15) entre os 16 e os 20 anos. Para este grupo a substância de eleição foi o haxixe (96,3%; n=26), contudo as substâncias recreativas mais relacionadas com os espaços de

diversão noturna também foram referidas por alguns dos elementos (LSD: 11,1%; n=3 e *ecstasy*/anfetaminas: 14,8%; n=4). No entanto, a maioria dos participantes que já consumiu drogas ilícitas encontrava-se no momento da entrevista abstinente (85,7%; n=24).

Quadro 84

Frequências das variáveis “idade de início de consumo de álcool (grupo etário)”, “idade de início de consumo nocivo de álcool (grupo etário)” e “unidades de medida padrão/dia” para os grupos 1, 2 e 3.

Variáveis	G1 (n=82)		G2 (n=82)		G3 (n=82)	
	n	%	n	%	n	%
Idade de início do consumo de álcool (grupo etário)						
6-10	14	17,5	2	3,0	0	0
11- 15	32	40,0	27	40,9	14	24,1
16-20	24	30,0	34	51,5	39	67,2
21-25	5	6,1	3	4,5	3	5,2
26-30	1	1,2	0	0	1	1,7
31-35	1	1,2	0	0	1	1,7
36-40	1	1,2	0	0	0	0
41-45	0	0	0	0	0	0
46-50	2	2,4	0	0	0	0
Idade de início do consumo nocivo de álcool (grupo etário)						
6-10	2	2,5	0	0	0	0
11- 15	8	10,0	8	21,6	0	0
16-20	19	23,8	20	54,1	0	0
21-25	15	18,8	6	16,2	0	0
26-30	13	16,3	3	8,1	0	0
31-35	5	6,3	0	0	0	0
36-40	8	10,0	0	0	0	0
41-45	4	5,0	0	0	0	0
46-50	3	3,8	0	0	0	0
+ de 50	31	3,9	0	0	0	0
Unidades/dia*						
Até 5 uni.	0	0	21	72,4	0	0
6 – 10 uni.	29	35,8	8	27,6	0	0
11 – 20 uni.	22	32,1	0	0	0	0
21 – 30 uni.	14	17,1	0	0	0	0
+ de 30 uni. 31 – 40 uni.	11	13,4	0	0	0	0

* Quantidade de bebidas consumidas por dia (em unidades) antes do pedido de ajuda.

O quadro 85 congrega as frequências dos três grupos relativas às variáveis sobre o consumo de drogas ilícitas.

Quadro 85

Frequências das variáveis “consumo de drogas ilícitas”, “tipo de droga”, idade de início de consumo de drogas (grupo etário) e “consumo atual” para os grupos 1, 2 e 3.

Variáveis	G1 (n=82)		G2 (n=82)		G3 (n=82)	
	n	%	n	%	n	%
Consumo de drogas ilícitas						
Sim	19	23,2	82	100,0	27	35,1
Não	63	76,8	0	0	55	64,9
Tipo de droga						
Haxixe	12	60,0	78	95,1	26	96,3
Cocaína	13	65,0	77	93,9	5	18,5
Heroína	12	60,0	78	95,1	0	0
LSD	4	20,0	25	30,5	3	11,1
<i>Ecstasy</i> /anfetaminas	3	15,0	31	37,8	4	14,8
Colas/solventes/inalantes	0	0	7	8,5	1	3,7
Outro tipo	1	1,2	7	8,5	1	3,7
Policonsumo	14	70,0	79	96,3	9	33,3
Idade de início do consumo de drogas (grupo etário)						
6-10	0	0	1	1,2	0	0
11- 15	4	21,1	32	39,0	4	14,8
16-20	11	57,9	39	47,6	15	55,6
21-25	2	10,5	8	9,8	6	22,2
26-30	0	0	0	0	2	7,4
31-35	2	10,5	0	0	0	0
36-40	0	0	2	2,4	0	0
41-45	0	0	0	0	0	0
46-50	0	0	0	0	0	0
Consumo atual						
Sim	1	5,3	17	21,0	4	14,3

Como podemos verificar, temos participantes a iniciarem o consumo de álcool antes da idade não só permitida por lei, mas antes da idade estabelecida como mais segura que são os 18 anos, devido às questões de maturação biológica. O G1 foi o grupo que apresentou idades mais baixas de início (11-15 anos: 40%), o G2 e o G3 apesar do seu início também precoce começou ligeiramente mais tarde entre os 16 e os 20 anos (G2: 51,5%, G3: 67,2%). A instalação de padrões nocivos de uso de álcool pressupõe uma continuidade no consumo desde o primeiro contacto, para este nível apenas o G1 e o G2 apresentam valores, sendo a adolescência a idade de instalação desta forma de beber tanto para o G1 (16-20 anos: 23,8%) como para o G2 (16-20 anos: 54,1%). Já as quantidades de bebida consumida por dia antes do início do tratamento (valores apenas para o G1 e G2) mostram que o G1 é que mais álcool consome (mais de 10 unidades por dia: 64,2%).

Quanto ao consumo de drogas ilícitas, percebemos que o G1 foi o grupo que apresentou menos sujeitos com esta experiência (23,2%), o G3 apresentou 35,1% dos elementos a referirem já terem consumido, e o G2, obviamente, 100%. Relativamente à idade de início de consumo de drogas ilícitas verificamos que a maioria dos participantes de todos os grupos teve a primeira experiência com drogas entre os 16 e os 20 anos (G1:57,9%, G2:47,6%, G3:55,6%). E se para o G1 e para o G2 o policonsumo é a forma mais frequente de consumir (G1:70 %, G2: 96,2%) o G3 opta por apenas uma substância - o haxixe (96,3%). Apesar disto, a maioria dos elementos dos três grupos encontrava-se abstinente de drogas no momento da entrevista (G1: 94,7%, G2: 79%, G3: 85,7%).

3.2.1.2. Análise Descritiva dos dados obtidos com o Questionário de Conhecimentos/informação sobre o VIH/SIDA (QCVIH)

No questionário sobre conhecimentos/ informação sobre o VIH/SIDA, a média de respostas corretas, para um total de 24 respostas possíveis, foi para o G1 de 17,4 ($DP=3,395$), para o G2 de 20,8 ($DP=2,364$) e para o G3 de 20,6 ($DP=2,876$).

Em termos globais, podemos dizer que a maioria dos participantes dos três grupos acertou em mais de metade das respostas, respetivamente o G1 com 96,4%, e tanto o G2 como o G3 com 98,8%.

Quadro 86

Número de questões acertadas no questionário 1 pelos grupos 1, 2 e 3.

Nº de respostas certas	G1		G2		G3	
	n	%	n	%	n	%
10	1	1,2	0	0	1	1,2
11	2	2,4	1	1,2	0	0
12	4	4,9	0	0	1	1,2
13	7	8,5	1	1,2	2	2,4
14	5	6,1	0	0	2	2,4
15	7	8,5	0	0	0	0
16	6	7,3	2	2,4	0	0
17	9	11,0	1	1,2	2	2,4
18	3	3,7	5	6,1	3	3,7
19	11	13,4	9	11,0	9	11,0
20	11	13,4	13	15,9	10	12,2
21	6	7,3	16	19,5	15	18,3
22	6	7,3	13	15,9	17	20,7
23	4	4,9	14	17,1	10	12,2
24	0	0	7	8,5	10	12,2

Relativamente aos itens com maior número de respostas erradas pelos três grupos (quadros 87, 88 e 89), os dados são curiosos pois verificamos que eram correspondentes. Todos os grupos apresentaram maior percentagem de erros no item “Uma pessoa que tem um teste de VIH positivo tem SIDA” e no item “Pode-se contrair o VIH ao dar/doar sangue”.

Dados do grupo 1 (G1) - dependentes de álcool

Relativamente a este grupo, como podemos verificar pelo quadro 88, as questões com o maior número de erros (54,87%) estão relacionadas com as temáticas⁴⁷ associadas a estratégias de prevenção (como por exemplo, “A tosse e o espirro podem ser meios de transmissão do VIH”), e às temáticas ligadas ao conhecimento sobre a doença (como por exemplo, “Uma pessoa que tem um teste de VIH positivo tem SIDA”).

Quadro 87

Organização decrescente dos itens menos acertados pelo G1.

Itens com maior frequência de erros – G1	Nº suj. que erraram
1. Uma pessoa que tem um teste de VIH positivo tem SIDA	68
2. Pode-se contrair o VIH ao dar/doar sangue	64
3. A maior parte das pessoas seropositivas tem um aspeto saudável	53
4. A tosse e o espirro podem ser meios de transmissão do VIH	45
5. Pode-se contrair o VIH ao utilizar uma sanita anteriormente usada por uma pessoa seropositiva	39
6. Existe uma vacina que nos protege do VIH/SIDA	38
7. Pode-se contrair o VIH através da comida e dos talheres	38
8. Pode-se contrair o VIH através da picada de mosquitos	36
9. É um risco abraçar uma pessoa seropositiva	20
10. As pessoas com SIDA necessitam estar sempre no hospital e não em casa	20
11. A SIDA tem cura	20
12. Não há maneira de nos protegermos do VIH/SIDA	18
13. Uma pessoa infetada com o VIH/SIDA não pode ir à escola nem trabalhar	18
14. O uso da pílula protege a mulher de ser infetada com o VIH	15
15. Quando se está infetado com o VIH é para o resto da vida	10
16. Se uma mulher estiver grávida pode transmitir o vírus ao seu bebé	6
17. As pessoas casadas também podem ficar infetadas com o VIH	4
18. O preservativo usado corretamente previne a infeção pelo VIH e outras DST's	4
19. O preservativo deve ser colocado antes do início da relação sexual	3
20. As relações sexuais entre dois homens podem transmitir o VIH se um deles estiver infetado	3
21. Um preservativo pode ser usado mais do que uma vez	2
22. Pode-se contrair o VIH através de relações sexuais com uma pessoa infetada	1
23. Uma pessoa pode ficar infetada se partilhar material de injeção com uma pessoa seropositiva	1
24. As pessoas infetadas com o VIH podem infetar outras através do sangue	0

⁴⁷ As temáticas associadas aos itens deste questionário estão descritas detalhadamente no estudo 1.

No que diz respeito às questões relacionadas com as temáticas referentes aos grupos tradicionalmente considerados de maior vulnerabilidade para a infeção pelo VIH/SIDA (utilizadores de drogas pela via injetável e homens que têm sexo com homens), às questões referentes ao uso do preservativo, ou então às questões referentes à transmissão pela via sexual e sanguínea, a frequência de erros diminui ou é nula (quadro 87).

Dados do grupo 2 (G2) - dependentes de drogas ilícitas

Em termos de áreas temáticas menos acertadas por este grupo (quadro 88), podemos verificar que as relacionadas com formas de transmissão e conhecimento da doença são as que agregam o maior número de erros (70,7% e 54,8% respetivamente). No entanto, cada uma destas áreas é apenas representada por um item, respondido erradamente pela maioria.

Quadro 88

Organização decrescente dos itens menos acertados pelo G2.

Itens com maior frequência de erros – G2	Nº suj. que erraram
1. Pode-se contrair o VIH ao dar/doar sangue	58
2. Uma pessoa que tem um teste de VIH positivo tem SIDA	45
3. A maior parte das pessoas seropositivas tem um aspeto saudável	30
4. Pode-se contrair o VIH através da picada de mosquitos	28
5. Não há maneira de nos protegermos do VIH/SIDA	14
6. A tosse e o espirro podem ser meios de transmissão do VIH	13
7. Existe uma vacina que nos protege do VIH/SIDA	12
8. Pode-se contrair o VIH através da comida e dos talheres	11
9. Pode-se contrair o VIH ao utilizar uma sanita anteriormente usada por uma pessoa seropositiva	8
10. A SIDA tem cura	8
11. Se uma mulher estiver grávida pode transmitir o vírus ao seu bebé	7
12. Quando se está infetado com o VIH é para o resto da vida	5
13. As pessoas casadas também podem ficar infetadas com o VIH	4
14. O preservativo usado corretamente previne a infeção pelo VIH e outras DST's	4
15. As relações sexuais entre dois homens podem transmitir o VIH se um deles estiver infetado	3
16. As pessoas infetadas com VIH podem infetar outras através do sangue	2
17. As pessoas com SIDA necessitam estar sempre no hospital e não em casa	2
18. É um risco abraçar uma pessoa seropositiva	1
19. Uma pessoa infetada com o VIH/SIDA não pode ir à escola nem trabalhar	1
20. O uso da pílula protege a mulher de ser infetada com o VIH	1
21. O preservativo deve ser colocado antes do início da relação sexual	1
22. Um preservativo pode ser usado mais do que uma vez	0
23. Pode-se contrair o VIH através de relações sexuais com uma pessoa infetada	0
24. Uma pessoa pode ficar infetada se partilhar material de injeção com uma pessoa seropositiva	0

Os itens referentes aos comportamentos de risco associados a grupos tradicionalmente considerados mais vulneráveis ao VIH/SIDA, ao uso do preservativo, à transmissão pela via sexual e pela via sanguínea, são os que congregam maior número de acertos.

Dados do grupo 3 (G3) – grupo de não dependentes

Para o G3 (quadro 89), as áreas temáticas mais e menos acertadas são idênticas às dos grupos 1 e 2, os itens que agregam as formas de transmissão do VIH/SIDA e o conhecimento da doença são as que reúnem o maior número de erros. Já as questões mais acertadas, contemplam os itens sobre comportamentos de risco associados a grupos tradicionalmente considerados mais vulneráveis ao VIH/SIDA, ao uso do preservativo, e à transmissão pela via sexual e pela via sanguínea.

Quadro 89

Organização decrescente dos itens menos acertados pelo G3.

Itens com maior frequência de erros – G3	Nº suj. que erraram
1. Pode-se contrair o VIH ao dar/doar sangue	47
2. Uma pessoa que tem um teste de VIH positivo tem SIDA	45
3. A maior parte das pessoas seropositivas tem um aspeto saudável	26
4. Pode-se contrair o VIH através da picada de mosquitos	23
5. A tosse e o espirro podem ser meios de transmissão do VIH	22
6. Existe uma vacina que nos protege do VIH/SIDA	16
7. Pode-se contrair o VIH através da comida e dos talheres	13
8. Pode-se contrair o VIH ao utilizar uma sanita anteriormente usada por uma pessoa seropositiva	9
9. A SIDA tem cura	8
10. As pessoas com SIDA necessitam estar sempre no hospital e não em casa	6
11. Uma pessoa infetada com o VIH/SIDA não pode ir à escola nem trabalhar	6
12. Não há maneira de nos protegermos do VIH/SIDA	5
13. O preservativo deve ser colocado antes do início da relação sexual	4
14. Se uma mulher estiver grávida pode transmitir o vírus ao seu bebé	4
15. Quando se está infetado com o VIH é para o resto da vida	4
16. O uso da pílula protege a mulher de ser infetada com o VIH	3
17. As pessoas casadas também podem ficar infetadas com o VIH	2
18. O preservativo usado corretamente previne a infeção pelo VIH e outras DST's	2
19. As relações sexuais entre dois homens podem transmitir o VIH se um deles estiver infetado	2
20. É um risco abraçar uma pessoa seropositiva	2
21. Pode-se contrair o VIH através de relações sexuais com uma pessoa infetada	2
22. As pessoas infetadas com VIH podem infetar outras através do sangue	0
23. Um preservativo pode ser usado mais do que uma vez	0
24. Uma pessoa pode ficar infetada se partilhar material de injeção com uma pessoa seropositiva	0

À semelhança do estudo um, o nível de conhecimento sobre o VIH/SIDA dos participantes foi dividido numa escala qualitativa que varia entre o nível de conhecimento insuficiente (entre zero e nove respostas corretas), o nível básico (entre 10 e 19 respostas corretas) e o nível adequado (entre 20 e 24 respostas corretas) (quadro 90).

Quadro 90

Frequências relativas ao nível de conhecimento sobre o VIH/SIDA dos três grupos.

Nível de conhecimento	G1		G2		G3	
	n	%	n	%	n	%
Conhecimento insuficiente	0	0	0	0	0	0
Conhecimento básico	55	67,1	19	23,2	20	24,4
Conhecimento adequado	27	32,9	63	76,8	62	75,6

No que se refere ao nível de conhecimento demonstrado (quadro 90), e tendo em conta a classificação já referida anteriormente, encontramos a predominância de um conhecimento básico (entre 10 e 19 questões acertadas) para o G1 e de um conhecimento adequado (mais de 19 questões acertadas) para o G2 e para o G3, revelando desta forma, um nível de conhecimento inferior do G1 em relação aos restantes grupos.

3.2.1.3. Análise descritiva dos dados obtidos com o Questionário 2 - Questionário Estratégias prevenção VIH/SIDA (QEPVIH)

Como já foi referido, podemos dividir as respostas a este questionário de duas formas. A primeira, agrupa os itens em estratégias de prevenção realistas (itens 7, 19, 12, 15, 17, 18, 19 e 20) e em estratégias de prevenção ilusórias (itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 21, 22, 23, 24 e 25). Segundo Thompson et al. (1999) as estratégias de prevenção realistas são as que efetivamente protegem as pessoas de se infetarem pelo VIH/SIDA, como por exemplo não procurar os serviços sexuais de populações chave em maior risco, como é o caso da(o)s trabalhadora(e)s do sexo. Por sua vez, as estratégias de prevenção ilusórias são as que, por um lado não constituem tacitamente proteção alguma, como é o caso da toma de vitaminas, ou da idade do parceiro(a), e por outro são estratégias que fornecem uma falsa perceção de proteção, como é o caso da realização do teste por parte do parceiro antes de se iniciar as relações sexuais, pois na

realidade esta só seria uma estratégia eficaz se houvesse um tempo de abstinência sexual garantida desde a realização do primeiro teste, até à realização de um teste de confirmação após três meses, facto que muito dificilmente acontece na prática. A segunda forma de leitura dos itens deste questionário, é a extração de fatores que contemplam três estratégias de prevenção, sendo o primeiro fator relativo a estratégias relacionais (itens 4, 5, 9 e 11), o segundo fator relativo a estratégias de verificação (itens 24 e 25) e finalmente o terceiro alusivo a estratégias de limpeza (itens 13 e 14).

Neste sentido, a apresentação dos resultados obtidos para os três grupos com este questionário, contemplará primeiramente a descrição das frequências para cada um dos itens do questionário e seguidamente a apresentação dos resultados (para cada um dos grupos) dos três fatores e das estratégias de prevenção.

Os quatro primeiros itens são centrados no(s) parceiro(s) e as respostas estão sintetizadas no quadro 91.

Quadro 91

Dados referentes à implementação de estratégias de prevenção da infeção pelo VIH/SIDA (questionário 2, itens 1 a 4.

Afirmção	G1 (n=82)		G2 (n=82)		G3 (n=82)	
	n	%	n	%	n	%
1. Procuo ter uma relação sexual com um único parceiro						
Nunca	4	4,9	6	7,6	0	0
Raras vezes	4	4,9	2	2,5	4	5,0
Algumas vezes	1	1,3	11	13,9	1	1,3
Muitas vezes	5	6,3	6	7,6	7	8,8
Sempre	66	82,5	54	68,4	68	85,0
2, Procuo informar-me das experiências sexuais do parceiro antes de ter relações sexuais						
Nunca	41	61,2	25	34,2	25	37,3
Raras vezes	2	3,0	16	21,9	8	11,9
Algumas vezes	3	4,5	7	9,6	9	13,4
Muitas vezes	1	1,5	7	9,6	2	3,0
sempre	20	29,9	18	24,7	23	34,3
3. Examino os órgãos genitais dos meus parceiros antes de ter sexo						
Nunca	63	85,1	46	63,9	47	66,2
Raras vezes	0	0	9	12,5	11	15,5
Algumas vezes	4	5,4	7	9,7	6	8,5
Muitas vezes	3	4,1	2	2,8	1	1,4
Sempre	4	5,4	8	11,1	6	8,5
4. Só tenho relações sexuais com pessoas que conheço						
Nunca	2	2,8	10	14,1	9	13,4
Raras vezes	2	2,8	6	8,5	2	3,0
Algumas vezes	8	11,3	14	19,7	6	9,0
Muitas vezes	0	0	10	14,1	8	11,9
Sempre	59	83,1	31	43,7	42	62,7

Dados do grupo 1 (G1) - dependentes de álcool

Nos quatro primeiros itens, verificamos que a maior parte da amostra (83%) diz procurar sempre ter relações sexuais com um único parceiro, contra 18% que refere comportamentos em que a preocupação em limitar o número de parceiros com quem tem relações sexuais, não é tão óbvia. Apesar de 30% da amostra referir que obtém informação acerca das experiências sexuais anteriores dos parceiros, mais de metade da amostra não tem por hábito fazê-lo (61%), o mesmo acontece com a questão 3 – examino os órgãos genitais dos meus parceiros antes de ter sexo – em que 85% dos inquiridos referem nunca ter este procedimento. Encontramos 83% da amostra cujos elementos referem preferencialmente terem relações sexuais com pessoas que conheçam.

Dados do grupo 2 (G2) - dependentes de drogas ilícitas

Relativamente aos resultados obtidos pelo G2 nestes quatro primeiros itens, pudemos verificar que a maior parte das vezes (76%; n=60) os participantes procuram ter relações sexuais com um único parceiro (sempre: 68%; n=54 e muitas vezes: 8%; n=6). Contudo, a maioria (56%; n=41) não costuma procurar informar-se acerca das experiências sexuais anteriores dos parceiros (nunca: 34%; n=25 e raras vezes: 22%; n=16), sucedendo o mesmo para a questão seguinte onde verificamos que 76% (n=55) da amostra do G2 não tem por hábito examinar os órgãos genitais dos parceiros antes de terem sexo. Já relativamente à estratégia “Só tenho relações sexuais com pessoas que conheço” a maior parte da amostra (58%; n=41) refere que acontece sempre (44%; n=31) ou muitas vezes (14%; n=10).

Dados do grupo 3 (G3) – grupo de não dependentes

No que diz respeito às respostas obtidas com o G3 para estes quatro primeiros itens, verificou-se que a maioria (85%; n=68) procura sempre ter uma relação sexual com um único parceiro. No entanto, quando questionados sobre os esforços em se informarem sobre as experiências sexuais anteriores dos parceiros, as respostas dividem-se na maioria entre nunca (37%; n=25) e sempre (34%; n=23). Contudo, a prática de examinar os órgãos genitais dos parceiros antes de terem relações sexuais, não é relatada por muitos. Pelo contrário, a maioria (66%; n=47) refere nunca o fazer.

Relativamente ao item quatro “Só tenho relações sexuais com pessoas que conheço”, a maioria dos participantes deste grupo (63%) referiu que opta sempre por esta prática.

O quadro seguinte (92) sintetiza as respostas dos três grupos às quatro questões seguintes (itens 5, 6, 7 e 8).

Quadro 92

Dados referentes à implementação de estratégias de prevenção da infeção pelo VIH/SIDA (QEPVIH), itens 5 a 8.

Afirmção	G1 (N=82)		G2 (N=82)		G3 (N=82)	
	n	%	n	%	n	%
5. Só tenho relações sexuais com pessoas de quem gosto						
nunca	2	2,8	7	9,5	12	17,9
raras vezes	1	1,4	6	8,1	2	3,0
algumas vezes	8	11,3	15	20,3	4	6,0
muitas vezes	2	2,8	13	17,6	3	4,5
sempre	58	81,7	33	44,6	46	68,7
6. Só tenho relações sexuais com pessoas que têm um teste negativo do HIV						
nunca	29	49,2	21	31,8	21	38,9
raras vezes	0	0	6	9,1	2	3,7
algumas vezes	4	6,8	10	15,2	1	1,9
muitas vezes	2	3,4	8	12,1	2	3,7
sempre	24	40,7	21	31,8	27	50,0
7. Evito ter relações sexuais com prostitutas						
nunca	7	11,3	13	20,6	12	17,9
raras vezes	1	1,6	1	1,6	2	3,0
algumas vezes	1	1,6	5	7,9	1	1,5
muitas vezes	1	1,6	2	3,2	0	0
sempre	52	83,9	42	66,7	52	77,6
8. Só tenho relações sexuais com pessoas mais novas do que eu						
nunca	35	57,4	21	30,0	25	41,0
raras vezes	0	0	7	10,0	8	13,1
algumas vezes	11	18,0	27	38,6	13	21,3
muitas vezes	2	3,3	12	17,1	3	4,9
sempre	13	21,3	2	2,9	12	19,7

Dados do grupo 1 (G1) - dependentes de álcool

Relativamente ao item cinco “Só tenho relações sexuais com pessoas de quem gosto” (quadro 92), a maioria dos participantes deste grupo (82%; n=58) referiu que tem sempre relações sexuais com alguém com quem tem uma relação afetiva. Já a idade do parceiro(a) parece não se constituir como um fator de peso na prevenção, pois apesar da maioria dos sujeitos (57%; n=35) ter respondido que nunca tem relações com pessoas

mais novas, este facto parece estar mais associado à possível idade da(o) parceira(o), ou ao acaso, do que propriamente a uma estratégia de prevenção da infeção pelo VIH. Confirmar o estado serológico dos parceiros parece não ser uma prática preventiva para a maior percentagem destes participantes (49%; n=29). No entanto, e paradoxalmente ao encontrado na entrevista, a maioria (84%; n=52) refere que evita ter relações sexuais com prostitutas.

Dados do grupo 2 (G2) - dependentes de drogas ilícitas

No que a este grupo (G2) diz respeito, verificamos que a maioria (62%; n=46) dos participantes referiu ter, na maior parte das vezes, relações sexuais com pessoas de quem gostava. Quando questionados sobre a idade das(os) parceiras(os), verificamos uma distribuição das respostas pelas várias hipóteses, denotando que, para estes participantes, ter relações sexuais com pessoas mais novas não era um requisito, ou mesmo uma estratégia de prevenção, facto verificado pelo maior número de respostas na opção “algumas vezes” (39%; n=27). Já no que se refere às relações sexuais com prostitutas, verificamos que 22% (n=14) dos sujeitos referiu que não evitava ter este tipo de prática. Ter conhecimento da seronegatividade do parceiro, parece também não ser uma estratégia de prevenção utilizada consistentemente pela maioria dos participantes deste grupo (32%; n=21).

Dados do grupo 3 (G3) – grupo de não dependentes

Comparativamente, para o G3 as relações sexuais com alguém de quem gostam parece ser a escolha da maioria dos participantes (68,7%; n=47). Já a resposta à questão “Só tenho relações sexuais com pessoas que têm um teste negativo do HIV” reuniu 50% dos participantes que referem que o fazem sempre, enquanto que na questão sobre a utilização dos serviços sexuais de prostitutas 77,6% (n=52) referiu evitar sempre este tipo de prática sexual. Por fim, à semelhança dos outros grupos, a idade da(o) parceira(o) não parece assumir relevo na decisão destes participantes em termos de relacionamento sexual, não se destacando nenhuma das opções de resposta.

O quadro que se segue (quadro 93), resume as respostas de todos os grupos (G1, G2 e G3) às questões relativas à escolha dos parceiros (itens 9 e 11) e às práticas sexuais (itens 10 e 12).

Quadro 93

Dados referentes à implementação de estratégias de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA (QEPVIH), itens 9 a 12.

Afirmação	G1 (N=82)		G2 (N=82)		G3 (N=82)	
	n	%	n	%	n	%
9. Procuo limitar o número de parceiros com quem tenho relações sexuais						
Nunca	9	13,6	13	18,3	15	23,8
Raras vezes	2	3,0	13	18,3	0	0
Algumas vezes	4	6,1	6	8,5	4	6,3
Muitas vezes	1	1,5	9	12,7	9	14,3
Sempre	50	75,8	30	42,3	35	55,6
10. Pratico sexo anal com preservativo						
Nunca	34	53,1	41	58,6	40	59,7
Raras vezes	3	4,7	6	8,6	10	24,9
Algumas vezes	3	4,7	12	17,1	8	11,9
Muitas vezes	1	1,6	4	5,7	1	1,5
Sempre	23	35,9	7	10,0	8	11,9
11. Procuo conhecer os meus parceiros antes de ter relações sexuais						
Nunca	8	13,8	11	15,7	11	17,2
Raras vezes	1	1,7	13	18,6	0	0
Algumas vezes	4	6,9	13	18,6	3	4,7
Muitas vezes	4	6,9	4	5,7	9	14,1
Sempre	41	70,7	29	41,4	41	64,1
12. Pratico sexo oral com preservativo						
Nunca	32	45,7	16	22,5	25	35,2
Raras vezes	1	1,4	5	7,0	3	4,2
Algumas vezes	5	7,1	14	19,7	7	9,9
Muitas vezes	3	4,3	13	18,3	5	7,0
Sempre	29	41,4	21	32,4	31	43,7

Dados do grupo 1 (G1) - dependentes de álcool

Como podemos confirmar pelo quadro 93, para as questões relativas à escolha dos parceiros, verificamos que este grupo procura na sua maioria limitar sempre o número de parceiros com quem tem relações sexuais (76%; n=50) e procura conhecer sempre os parceiros antes de ter relações (71%; n=41). Já no que às práticas sexuais preventivas diz respeito, a maioria dos participantes refere que nunca usa preservativo quando pratica sexo anal (53%; n=34) e quase metade refere que também não o faz com o sexo oral (46%; n=32).

Dados do grupo 2 (G2) - dependentes de drogas ilícitas

Para este grupo limitar o número de parceiros com quem têm relações sexuais é prática comum (sempre e muitas vezes) para a maioria dos participantes (55%; n=39), acontecendo o mesmo nas respostas à questão 11 onde a maioria dos participantes referiu que na maior parte das vezes (sempre e muitas vezes) procura conhecer os parceiros antes de ter relações sexuais (52%; n=33). Paralelamente, as práticas sexuais

preventivas, como o sexo oral e anal com preservativo, espelham duas realidades. Se no sexo anal o mais comum é nunca usarem preservativo (59%; n=41), no sexo oral o uso consistente do preservativo (usa sempre), foi a opção com o maior número de respostas (32%; n=21).

Dados do grupo 3 (G3) – grupo de não dependentes

Limitar o número de parceiros com quem têm relações sexuais (56%; n=35), assim como procurar conhecê-los antes de ter sexo (64%; n=41) é uma prática preventiva reconhecida pela maioria dos participantes deste grupo.

O quadro seguinte (quadro 94) descreve as respostas dos três grupos às questões relativas a práticas preventivas do VIH/SIDA, relacionadas com a higiene (itens 13 e 14), relativas à partilha de objetos de uso pessoal, como escovas dos dentes, giletes, etc. (item 15) e relativas ao uso de preservativo (item 16).

Quadro 94

Dados referentes à implementação de estratégias de prevenção da infeção pelo VIH/SIDA (QEPVIH), itens 13 a 16.

Afirmação	G1 (N=82)		G2 (N=82)		G3 (N=82)	
	n	%	n	%	n	%
13. Tomo banho quente com sabonete antes de ter relações sexuais						
Nunca	18	22,5	18	24,0	25	34,2
Raras vezes	1	1,3	10	13,3	7	9,6
Algumas vezes	18	22,5	15	20,0	15	20,5
Muitas vezes	6	7,5	12	16,0	6	8,2
Sempre	37	46,3	20	26,7	20	27,4
14. O meu parceiro(a) tem de se lavar antes de termos relações sexuais						
Nunca	19	23,8	16	21,9	18	25,0
Raras vezes	4	5,0	10	13,7	9	12,5
Algumas vezes	11	13,8	12	16,4	12	16,7
Muitas vezes	6	7,5	14	19,2	5	6,9
Sempre	40	50,0	21	28,8	28	38,9
15. Partilho objetos de uso pessoal						
Nunca	72	90,0	69	93,2	76	98,7
Raras vezes	1	1,3	2	2,7	0	0
Algumas vezes	4	5,0	1	1,4	1	1,3
Muitas vezes	2	2,5	1	1,4	0	0
Sempre	1	1,3	1	1,4	0	0
16. Uso preservativo com parceiros ocasionais						
Nunca	24	45,3	14	21,9	18	34,6
Raras vezes	1	1,9	2	3,1	1	1,9
Algumas vezes	6	11,3	12	18,8	6	11,5
Muitas vezes	1	1,9	6	9,4	3	5,8
Sempre	21	39,6	30	46,9	24	46,2

Dados do grupo 1 (G1) - dependentes de álcool

No que diz respeito às práticas de higiene como estratégia de prevenção do VIH/SIDA, podemos verificar que maioria dos participantes deste grupo referiu que a maior parte das vezes (sempre e muitas vezes) tanto o próprio como o(a) parceiro(a) se lavam antes de iniciarem as relações sexuais (54%; n=43 e 58%; n=46, respetivamente). No entanto, quando o parceiro é ocasional o uso do preservativo não parece ser tão importante, na medida em que a maioria (reunindo as opções algumas vezes, raras vezes e nunca) dos participantes referiu nem sempre usar (59%; n=31), sendo de destacar 45% (n=24) dos participantes a referir nunca usar preservativo com parceiros ocasionais. Por outro lado, a grande maioria dos participantes (90%; n=72) refere que nunca partilhou objetos de uso pessoal.

Dados do grupo 2 (G2) - dependentes de drogas ilícitas

Para este grupo as estratégias de prevenção ligadas à higiene parecem assumir alguma relevância, já que na maior parte das vezes (agregando as respostas “sempre” e “muitas vezes”) tanto os próprios (33%; n=32) como os(as) companheiro(as) (48%; n=35) tomam banho ou lavam-se antes de iniciarem as relações sexuais. Paralelamente, o uso de preservativo com parceiro(a) ocasional é também uma prática comum da maioria dos participantes (56%; n=36), bem como a não partilha de objetos de uso pessoal, referida por 93% (n=62) dos participantes neste grupo.

Dados do grupo 3 (G3) – grupo de não dependentes

Os hábitos de higiene pessoal (tomar banho antes das relações sexuais) como estratégia de prevenção do VIH/SIDA não assume grande importância para 44% (n=32) dos participantes (reunindo respostas às opções “nunca” e “raras vezes”), assim como a higiene do parceiro (o parceiro(a) ter de se lavar antes das relações sexuais) representando 38% das respostas (n=27). Contudo, o uso do preservativo com parceiros ocasionais é assumido por 52% (n=27) dos elementos deste grupo. Paralelamente, a maioria dos sujeitos do G3 (99%) referiu nunca partilhar objetos de uso pessoal.

Seguidamente, apresentamos os resultados obtidos pelos três grupos (quadro 95) relativos aos itens que abordam as práticas sexuais (itens 17, 18 e 20) e o contacto com fluidos corporais (item 19).

Quadro 95

Dados referentes à implementação de estratégias de prevenção da infeção pelo VIH/SIDA (QEPVIH), itens 17 a 20.

Afirmção	G1 (N=82)		G2 (N=82)		G3 (N=82)	
	n	%	n	%	n	%
17. Procuo não ter relações sexuais						
Nunca	53	71,6	42	59,2	40	65,6
Raras vezes	2	2,7	16	22,5	7	11,5
Algumas vezes	13	17,6	7	9,9	9	14,8
Muitas vezes	3	4,1	4	5,6	3	4,9
Sempre	3	4,1	2	2,8	2	3,3
18. Uso preservativo com o(a) meu (minha) companheiro(a)						
Nunca	54	69,2	32	42,1	40	51,9
Raras vezes	1	1,3	2	2,6	8	10,4
Algumas vezes	12	15,4	9	11,8	16	20,8
Muitas vezes	2	2,6	8	10,5	4	5,2
Sempre	9	11,5	25	32,9	9	11,7
19. Evito contacto com fluidos corporais						
Nunca	41	51,9	15	19,7	36	48,6
Raras vezes	2	2,5	6	7,9	7	9,5
Algumas vezes	4	5,1	18	23,7	9	12,2
Muitas vezes	2	2,5	14	18,4	7	9,5
Sempre	30	38,0	23	30,3	15	20,3
20. Pratico somente a masturbação mútua						
Nunca	40	53,3	28	41,8	34	47,9
Raras vezes	4	5,3	4	6,0	12	16,9
Algumas vezes	23	30,7	21	31,3	16	22,5
Muitas vezes	4	5,3	8	11,9	6	8,5
Sempre	4	5,3	6	9,0	3	4,2

Dados do grupo 1 (G1) - dependentes de álcool

Procurar não ter relações sexuais como estratégia preventiva (quadro 95), não é opção para a maioria destes participantes (72%; n=53). Identicamente, praticar somente a masturbação mútua não se revelou como opção preventiva da infeção do VIH/SIDA para a maioria dos elementos deste grupo (53%; n=40). Do mesmo modo, a maioria dos participantes não considera arriscado contactar com fluidos corporais, na medida em que 52% (n=41) dos participantes referiu que nunca evita o seu contacto. Analogamente, o uso do preservativo com o(a) companheiro(a), não é prática da maioria destes sujeitos (69%; n=54).

Dados do grupo 2 (G2) - dependentes de drogas ilícitas

A maioria dos elementos deste grupo não refere como estratégia preventiva não ter relações sexuais (59%; n=42). No entanto, apesar do uso do preservativo com o(a) companheiro(a) nunca acontecer para 42% dos sujeitos (n=32), idêntica percentagem (43%; n=33) refere usá-lo com relativa frequência (agregando respostas às opções “muitas vezes” e “sempre”). Quanto ao contacto com fluidos corporais, a maior frequência pendeu sob a opção “sempre”, demonstrando que 30% (n=23) destes sujeitos evita sempre o contacto com os fluidos corporais. Por sua vez, praticar somente a masturbação mútua não surge como estratégia de prevenção relevante, destacando-se os 42% (n=28) que referem que nunca recorrem a esta prática como forma de prevenção da infeção pelo VIH/SIDA (quadro 95).

Dados do grupo 3 (G3) – grupo de não dependentes

As respostas do G3 relativamente ao evitamento de prática de relações sexuais como forma de prevenção não difere muito dos anteriores grupos, pois a maioria dos participantes (66%; n=40) referiu nunca ter esta estratégia, tal como o uso do preservativo com o(a) companheiro(a) não surge como prática comum para a maioria dos elementos deste grupo (52%; n=40). Similarmente, praticar somente a masturbação mútua como estratégia de prevenção parece não ser opção para 48% (n=34) dos sujeitos do G3. Por outro lado, evitar sempre o contacto com os fluidos corporais é um comportamento mais frequente, relatado por 49% (n=36) dos sujeitos (quadro 95).

O quadro 96 que se segue, resume os resultados, do G1, G2 e G3, obtidos com os cinco últimos itens do questionário sobre estratégias de prevenção do VIH/SIDA (itens 21 a 25).

Quadro 96

Dados referentes à implementação de estratégias de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA (QEPVIH), itens 21 a 25.

Afirmção	G1 (N=82)		G2 (N=82)		G3 (N=82)	
	n	%	n	%	n	%
21. Tenho confiança na minha boa sorte						
Nunca	8	10,5	15	20,3	19	28,4
Raras vezes	6	7,9	14	18,9	5	7,5
Algumas vezes	9	11,8	15	20,3	15	22,4
Muitas vezes	8	10,5	10	13,5	8	11,9
Sempre	45	59,2	20	27,0	20	29,9
22. Penso muito no problema da SIDA						
Nunca	15	19,0	11	14,5	20	25,3
Raras vezes	8	10,1	11	14,5	16	20,3
Algumas vezes	16	20,3	15	19,7	15	19,0
Muitas vezes	31	39,2	15	19,7	11	13,9
Sempre	9	11,4	25	31,6	17	21,5
23. Tomo muitas vitaminas						
Nunca	35	44,3	24	31,2	28	36,4
Raras vezes	11	13,9	22	28,6	23	29,9
Algumas vezes	17	21,5	12	15,6	16	20,8
Muitas vezes	7	8,9	11	14,3	7	9,1
Sempre	9	11,4	8	10,4	3	3,9
24. Costumo falar da SIDA com o meu parceiro antes de termos relações sexuais						
Nunca	49	62,0	29	38,2	48	60,8
Raras vezes	6	7,6	13	17,1	11	13,9
Algumas vezes	13	16,5	16	21,1	10	12,7
Muitas vezes	7	8,9	7	9,2	5	6,3
Sempre	4	5,1	11	14,5	5	6,3
25. O meu parceiro fez o teste do VIH antes de iniciarmos as relações sexuais						
Nunca	64	85,3	24	34,8	50	71,4
Raras vezes	1	1,3	11	15,9	2	2,9
Algumas vezes	1	1,3	9	13,0	2	2,9
Muitas vezes	1	1,3	6	8,7	4	5,7
Sempre	8	10,7	19	27,5	12	17,1

Dados do grupo 1 (G1) - dependentes de álcool

Os elementos deste grupo apesar de pensarem muitas vezes no problema da SIDA (39%; n=31), na sua maioria nunca fala sobre a infecção com o(a) companheiro(a) antes de ter relações sexuais (62%; n=49). O que os dados demonstram é que o tema da infecção não é abordado pelo casal, pois, para além do que já foi referido, a maioria dos participantes (85%; n=64) referiu que o(a) companheiro(a) não realizou o teste de despiste do VIH/SIDA antes de iniciarem as relações sexuais. Possivelmente, esta lacuna em abordar a questão com os(as) companheiros(as) é colmatada com a sua

percepção de sorte, ou seja, a maioria dos sujeitos deste grupo (59%; n=45) acredita que a sua boa sorte os protege da infecção pelo VIH/SIDA. Por outro lado, a toma de vitaminas como proteção do risco de infecção não é prática comum de uma grande percentagem dos elementos deste grupo (44%; n=35).

Dados do grupo 2 (G2) - dependentes de drogas ilícitas

A preocupação com a temática do VIH/SIDA está presente para a maioria dos participantes deste grupo (51%; n=40), onde se destacam os 32% (n=25) que referem pensar sempre muito sobre o problema da SIDA. Apesar disso, a maioria dos sujeitos (55%; n=42) não tem por hábito falar sobre o tema com os(as) parceiros(as) antes das relações sexuais (agregando respostas às opções “nunca” e “raras vezes”), nem os(as) parceiros(as) da maioria dos participantes (51%; n=35) realizaram o despiste do VIH/SIDA antes de iniciarem as relações sexuais. Por outro lado, se pensarmos que a experiência do consumo de substâncias ilícitas e o provável contacto com pessoas infetadas pelo VIH/SIDA serviriam para desconstruir alguns mitos relativos à proteção da infecção, como é o caso da confiança na boa sorte, a percentagem de sujeitos que referiu que a sua sorte os protege da infecção (27%; n=20) faz-nos questionar se essa mesma experiência, no caso dos sujeitos que não foram infetados, não terá contribuído para o reforçar desta crença. Comparativamente, a toma de vitaminas já não surge como estratégia de prevenção para a maioria dos participantes (60%; n=46).

Dados do grupo 3 (G3) – grupo de não dependentes

As respostas dos elementos deste grupo à questão “penso muito no problema da SIDA”, distribui-se de forma relativamente homogéneas por todas as opções de resposta, em que a maior percentagem pesa sob a opção “nunca”, demonstrando que 25% (n=20) dos elementos deste grupo nunca pensa sobre esse tema. Relativamente à abordagem sobre o VIH/SIDA com os parceiro(as), a maioria dos participantes referiu que nunca fala sobre isso antes das relações sexuais (61%; n=48) e que os(as) parceiros(as) não realizaram o teste antes de iniciarem as relações sexuais (71%; n=50). Já a confiança na boa sorte apresenta as maiores frequências distribuídas pelas opções extremas, ou seja, se para 28% (n=19) dos participantes a sua boa sorte nunca os protege de se infetarem do VIH/SIDA, para 30% (n=20) a boa sorte protege-os sempre.

Finalmente, a toma de vitaminas não é estratégia de prevenção para a maioria dos elementos deste grupo, em que 36% (n=28) refere que nunca toma vitaminas e 30% (n=23) refere que raras vezes as toma.

Relativamente às estratégias e fatores passíveis de serem extraídos deste questionário, o quadro que se segue (quadro 97) sumariza os resultados obtidos pelos três grupos.

Quadro 97

Dados referentes às estratégias (realistas e ilusórias) e aos fatores que o Q2 contempla, para os grupos 1, 2 e 3.

	G1 (N=82)		G2 (N=82)		G3 (N=82)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Fator 1 – Estratégias Relacionais	14,3	6,4	12,4	5,6	12,7	7,2
Fator 2 – Estratégia de Verificação	5,4	18,4	9,6	25,3	5,4	18,4
Fator 3 – Estratégia de Limpeza	6,9	3,1	5,7	3,1	5,4	3,2
Estratégias Realistas	19,9	6,4	21,2	6,7	19,6	6,3
Estratégias Ilusórias	46,7	14,1	46,5	15,3	43,2	15,5

Dados do grupo 1 (G1) - dependentes de álcool

No que se refere aos fatores passíveis de serem extraídos deste questionário (quadro 97), verificamos que para o G1 o fator um relativo às estratégias relacionais é o que assume maior relevo apresentando uma média de 14,3 ($DP=6,4$), destacando-se o item quatro (“só tenho relações sexuais com pessoas que conheço”), a agregar a maior percentagem de respostas na opção “sempre” (83%; n= 59). Para o fator dois, que contempla itens relativos a estratégias de verificação, este grupo exhibe uma média de 5,4 ($DP=18,4$), sobressaindo o item 25 (“O meu parceiro fez o teste do VIH antes de iniciarmos as relações sexuais”) por agregar a maior percentagem de respostas na opção “nunca” (85%; n=63). Finalmente, para o fator três (estratégias de limpeza), o G1 obteve uma média de 6,9 ($DP=3,1$), e o item 14 (“o meu parceiro tem de se lavar antes de termos relações sexuais”) foi o que obteve maior percentagem na opção “sempre” (50%; n=40). Relativamente às estratégias propostas por Thompson et al. (1999), verificamos que o G1 escolhe as estratégias ilusórias ($M=46,7$; $DP=14,1$) em detrimento das estratégias realistas ($M=19,9$; $DP=6,4$).

Dados do grupo 2 (G2) - dependentes de drogas ilícitas

O grupo dos dependentes de substâncias ilícitas, também privilegia as estratégias relacionais (fator um) como forma de prevenção do VIH/SIDA ($M=12,4$; $DP=5,6$), destacando-se a resposta à questão cinco (“Só tenho relações sexuais com pessoas de quem gosto”) como a que conjugou o maior número de sujeitos a selecionar a opção “sempre” (69%; $n=46$). Para o fator dois (estratégias de verificação) este grupo apresenta uma média de 9,6 ($DP=25,3$). Dos itens contemplados por este fator (itens 24 e 25) o relativo à realização do teste de despiste por parte dos parceiros antes de iniciarem as relações sexuais é o que mais se destaca, apesar de encontrarmos a maior percentagem de respostas na opção “nunca” (35%; $n=24$), este grupo é o que apresenta maior frequência de respostas na opção “sempre” (28%; $n=19$), quando comparado com os outros grupos. O fator três que engloba itens relativos a estratégias de limpeza e obteve uma média de 5,7 ($DP=3,1$). As respostas aos itens que este fator contempla não demonstram uma tendência expressiva deste tipo de comportamento como preventivo, colocando-se a hipótese das respostas a estes itens serem derivadas do acaso, e não de uma estratégia preventiva bem definida.

No que diz respeito às estratégias que este questionário contempla (Thompson et al., 1999), verificamos que as estratégias realistas obtiveram uma média de 21,2 ($DP=6,7$), bastante inferior às estratégias ilusórias que contam com média de 46,5 ($DP=15,3$), demonstrando que estratégias ilusórias como procurar ter relações monogâmicas ou conhecer a história das experiências sexuais dos parceiros, por exemplo, aumentam a perceção de controle do risco de infeção pelo VIH/SIDA destes participantes.

Dados do grupo 3 (G3) – grupo de não dependentes

Como podemos verificar pelo quadro 97, o G3 também apresenta para o fator um (estratégias relacionais) a maior média ($M=12,7$; $DP=7,2$), indicando que estratégias como procurar conhecer os parceiros antes de ter relações sexuais (64%; $n=41$) ou então ter apenas relações sexuais com pessoas com quem têm uma relação afetiva (69%; $n=46$) são suficientes para se prevenirem da infeção. O fator dois obteve uma média de 5,4 ($DP=18,4$), onde se destaca o item 25 com a maioria de elementos (71%; $n=50$) a referir que os parceiros nunca têm de realizar o teste antes de iniciarem as relações sexuais. Para o fator três, o G3 obteve uma média de 5,4 ($DP=3,2$), e a estratégia

relativa às práticas de higiene do parceiro antes das relações sexuais foi a que conjugou maior percentagem de escolhas, indicando que os hábitos de higiene dos parceiros são determinantes para a prevenção do VIH/SIDA para 39% (n=28) dos elementos deste grupo. Comparativamente, e no que às estratégias que este questionário contempla diz respeito, este grupo apresenta uma média de 19,6 ($DP=6,3$) para as estratégias realistas e 43,2 de média ($DP=15,5$) para as estratégias ilusórias, mais uma vez, prevalecendo as estratégias não efetivas de prevenção.

Sumariamente, podemos afirmar que em termos globais os três grupos privilegiam estratégias de prevenção não efetivas (ilusórias), mas que possivelmente permitem aumentar a sua perceção de controlo sobre o risco de infeção pelo VIH/SIDA. Se nos centrarmos, por exemplo, no G1 verificamos que 83% refere procurar sempre ter uma relação com um único parceiro, mas simultaneamente 85% refere que os parceiros nunca realizam o teste antes de iniciarem as relações sexuais. Acresce-se que 69% afirma que nunca usa preservativo com os parceiros, ou seja, que as relações monogâmicas *per si* parecem ser suficientes para estes sujeitos considerarem que não correm riscos de se infetarem com VIH/SDA, aumentando a sua perceção de controlo, que na realidade é um controlo ilusório. Este exemplo reflete as respostas de toda a amostra (G1, G2 e G3). Ficou também demonstrado que o fator um relativo às estratégias relacionais prevalece como forma de prevenção da infeção para os três grupos, espelhando que as questões relativas à interação, como o afeto, o conhecimento do outro, etc. surgem como estratégias significativas, senão quase exclusivas, de prevenção ou de controlo do risco de infeção.

3.2.2. Análise inferencial

A análise que se segue parte da elaboração das hipóteses de investigação previamente descritas.

H1 - Os três grupos não se distinguem quanto à perceção dos comportamentos de risco.

A primeira hipótese (H1) sustenta-se na multidimensionalidade e subjetividade do construto da perceção de risco (Rohrman, 2008). Deste modo, partimos do pressuposto que a perceção de risco não se diferenciava entre os grupos, na medida em

que cada um destes grupos teria, com base no seu contexto, escolaridade e circunstância, percepção dos seus comportamentos de risco.

Os resultados da exploração da H1 permitem-nos afirmar que há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos do grupo com dependência de drogas ilícitas (quadro 98) com percepção de comportamentos de risco (65,9% vs 31,7% e 34,1%), ($\chi^2(2) = 24,164; p = ,001$), quando comparado com os outros dois grupos. Eventualmente a intervenção efetuada nos serviços de saúde especializados onde estes sujeitos são acompanhados, sustentada em vetores de ação de redução de riscos e minimização de danos, possibilitou o aumento da percepção deste grupo relativamente aos seus comportamentos que os colocam em maior risco de se infetarem pelo VIH/SIDA.

Quadro 98

Tabela de contingência das variáveis “grupo” e auto-percepção de comportamentos de risco.

		Grupo			Total	
		G1	G2	G3		
Auto-percepção dos comportamentos de risco	não	Frequência	56	28	54	138
		% Grupo	68,3%	34,1%	65,9%	56,1%
	sim	Frequência	26	54	28	108
		% Grupo	31,7%	65,9%	34,1%	43,9%
Total		Frequência	82	82	82	246
		% Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

H2 - O grupo de dependentes de álcool e o grupo sem dependência de substâncias apresentam menos comportamentos de risco efetivos que o grupo dos dependentes de drogas ilícitas.

A segunda hipótese (H2), sustenta-se na noção de população chave em maior risco de infeção pelo VIH/SIDA (WHO, 2006), que dos três grupos que este estudo contempla, apenas se aplica ao grupo dos dependentes de drogas ilícitas. Nesse sentido, pareceu-nos pertinente explorar se nesta amostra o grupo dos dependentes de drogas ilícitas também cumpria os requisitos de ser o grupo com mais comportamentos de risco, quando comparado com os restantes grupos.

Os resultados obtidos (quadro 99) demonstram que as diferenças no número de comportamentos de risco são estatisticamente significativas, $F(2, 154,251) = 16,213$;

$p < ,001$. O teste de comparação múltipla a posteriori (quadro 100) indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos do grupo sem dependência de substâncias e os dos grupos de dependentes de álcool e de substâncias ilícitas, sendo que os primeiros apresentam um número médio de comportamentos de risco significativamente mais baixo (1,33 vs 2,05 e 2,38).

Quadro 99

Significância das diferenças entre os grupos relativamente aos comportamentos de risco.

	G1		G2		G3		Sig.
	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>M</i>	<i>Dp</i>	
Comportamentos de risco	2,05	1,33	2,38	1,57	1,33	,96	,000 *

* $p \leq ,001$

Quadro 100

Comparação dos grupos segundo o Teste de Tukey.

Grupo	N	Subset for alpha = 0,05	
		1	2
G3	82	1,33	
G1	82		2,05
G2	81		2,38
Sig.		1,000	,238

Curiosamente, o que estes resultados demonstraram foi que o grupo dos dependentes de álcool não se diferencia do grupo de dependentes de drogas ilícitas, relativamente aos comportamentos de risco.

H3 - Os três grupos apresentam frequências diferentes de realização do teste de despiste do VIH/SIDA

Analogamente à hipótese dois, partimos da sustentação teórica e empírica (estudo 1) de que os sujeitos do grupo de dependentes de drogas ilícitas seriam os que mais testes de despiste de VIH/SIDA realizaram, na medida em que o G2 seria o único grupo alvo de intervenção específica no domínio da prevenção e deteção da infeção pelo VIH/SIDA, através do programa *Klotho* disponível nos locais de atendimento especializado a esta população e onde fomos recolher a nossa amostra. No entanto, a integração das Unidades de Alcoologia [UA] no atualmente extinto IDT.I.P. abriu espaço à incerteza relativamente à possibilidade da prática de deteção do VIH/SIDA a

todos os novos utentes inscritos ter sido alargada à novas estruturas (Unidades de Alcoologia). Nesse sentido, optamos por elaborar uma hipótese menos específica, mas que nos permitisse averiguar as diferenças entre os três grupos relativamente à realização do teste de despiste do VIH/SIDA, e que constitui a hipótese número três (H3).

Como podemos verificar no quadro 101, há uma proporção significativamente mais elevada de sujeitos do grupo de dependentes de drogas ilícitas que realizou o teste de despiste do VIH/SIDA (97,5% vs 50,0% [G1] e 45,7% [G3]), ($\chi^2(2) = 58,538$; $p \leq 0,001$). Ou seja, apesar da integração das UA no IDT.I.P., os sujeitos do grupo dos dependentes de drogas ilícitas continuam a realizar mais o teste de despiste do VIH/SIDA do que os sujeitos do grupo de dependentes de álcool, e estes, por sua vez, não se diferenciam dos do grupo sem dependência relativamente à realização do teste de despiste do VIH/SIDA.

Quadro 101

Tabela de contingência das variáveis “grupo” e realização de VIH/SIDA.

		Grupo			Total	
		G1	G2	G3		
Realização do teste de despiste do VIH/SIDA	não	Frequência	41	2	44	87
		% Grupo	50,0%	2,5%	54,3%	35,7%
	sim	Frequência	41	79	37	157
		% Grupo	50,0%	97,5%	45,7%	64,3%
	Total	Frequência	82	81	81	244
		% Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

H4 – Os três grupos apresentam uma frequência de testes de VIH/SIDA positivos significativamente diferentes.

A quarta hipótese elaborada (H4), segue a linha de pensamento da hipótese anterior (H3). Apesar dos dados obtidos no estudo 1, e dos dados epidemiológicos nacionais e mundiais apontarem para taxas de seropositividade superior (nos países ocidentais) em sujeitos pertencentes às denominadas populações chave em maior risco (WHO, 2006), como é o caso dos dependentes de drogas ilícitas que constituem o G2

deste estudo, optamos por definir uma hipótese mais abrangente de comparação dos grupos.

Os resultados obtidos (quadro 102) permitem-nos verificar que há uma proporção mais elevada de sujeitos do grupo de dependentes de drogas ilícitas cujo resultado do teste de despiste do VIH/SIDA foi positivo (13,9% vs 7,5% e 0,0%), ($\chi^2(2) = 6,967$; $p = 0,025$).

Quadro 102

Análise das diferenças na proporção do resultado do teste do VIH/SIDA entre os três grupos.

			Grupo			Total
			G1	G2	G3	
Resultado do teste de despiste do VIH/SIDA	não	Frequência	37	68	37	142
		% Grupo	92,5%	86,1%	100,0%	91,0%
	sim	Frequência	3	11	0	14
		% Grupo	7,5%	13,9%	0,0%	9,0%
	Total	Frequência	40	79	37	156
		% Grupo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tendo em consideração que os sujeitos do grupo sem dependência que realizaram o teste de despiste de VIH/SIDA obtiveram todos resultados negativos, optamos por refinar a nossa análise comparando apenas o G1 e o G2. Os resultados demonstraram que as diferenças relativas à seropositividade destes dois grupos não são significativas ($p = 0,379$), o que significa que as diferenças anteriormente encontradas, possivelmente se sustentam na frequência nula de testes positivos do G3.

H5 – O grupo dos dependentes de drogas ilícitas apresenta valores mais elevados de conhecimento relativo à infeção pelo VIH/SIDA, que os dois restantes grupos.

O conhecimento/informação sobre o VIH/SIDA, apesar de não ser um fator exclusivo tanto do aumento da perceção dos comportamentos de risco, como da prática efetiva dos comportamentos de risco, assume um papel básico na mudança comportamental. Ou seja, sem conhecimento/informação sobre o risco não há, à partida, mudança de comportamentos. Nesse sentido, os dependentes de drogas ilícitas têm sido positivamente discriminados no que diz respeito à sua inclusão em programas de intervenção e prevenção do VIH/SIDA, que contemplam, para além de outros, objetivos

de informação e psicoeducação sobre a doença, estando, por isso, mais informados sobre a mesma (estudo 1). Para além disso, a subcultura onde estes sujeitos se movimentam, faz circular informação e partilha conhecimentos e experiências relativa a esta matéria. Por conseguinte, decidimos elaborar a quinta hipótese tendo em consideração o que acabamos de referir.

A análise efetuada permite-nos afirmar que as diferenças no número de respostas corretas são estatisticamente significativas, $F(2, 158,544) = 30,539$; $p < ,001$ (quadro 103). O teste de comparação múltipla a posteriori (quadro 104) indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos do grupo de dependentes de álcool e os dois restantes grupos, sendo que o primeiro apresenta um número médio de respostas corretas no questionário de conhecimento (QCVIH) significativamente mais baixo ($M_{G1} = 17,41$ vs $M_{G2} = 20,66$ e $M_{G3} = 20,80$).

Quadro 103

Significância das diferenças entre os grupos relativamente ao número de respostas corretas no QCVIH.

	G1		G2		G3		Sig.
	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>M</i>	<i>Dp</i>	
Número de respostas corretas ao QCVIH	17,41	3,39	20,80	2,36	20,66	2,87	,000*

* $p \leq ,001$

Quadro 104

Comparação dos grupos segundo o Teste de Tukey.

Grupo	N	Subset for alpha = 0,05	
		1	2
G1	82	17,41	
G3	82		20,66
G2	82		20,80
Sig.		1,000	,944

Hipótese 6 – O grupo dos dependentes de drogas ilícitas apresenta maior frequência de estratégias realistas para a proteção da infecção pelo VIH/SIDA.

A definição de estratégias de proteção do VIH/SIDA realistas ou ilusórias é introduzida por Thompson et al. (1999) que, como já foi referido, podem ser extraídas do QCVIH. Segundo estes autores (Thompson et al., 1999), as estratégias ilusórias estão relacionadas com a perceção de controlo ilusória (*illusions of control*), e esta poderá ser

uma das razões explicativas dos comportamentos de risco levados a cabo por pessoas com conhecimento e informação sobre as formas de transmissão do VIH/SIDA. No entanto, esta perceção de controlo pode estar diminuída em pessoas que tiveram uma experiência falhada neste domínio, e por essa razão utilizarão com menos frequências as estratégias ilusórias de prevenção do VIH/SIDA, como é o caso dos consumidores de drogas ilícitas, que se deparam muitas vezes com as consequências associadas aos seus comportamentos de risco. Consequentemente, optamos por definir esta sexta hipótese tendo por base, por um lado o nível de conhecimentos dos dependentes de drogas ilícitas, ou seja, considerando-os bem informados relativamente ao VIH/SIDA, e por outro, a experiência destes sujeitos relativamente às consequências derivadas dos seus comportamentos de risco.

Os resultados obtidos demonstraram (quadro 105) que as diferenças na utilização de estratégias realistas são estatisticamente significativas, $F(2, 163) = 3,547$; $p = ,031$. O teste de comparação múltipla a posteriori (quadro 106) indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos do grupo de dependentes de drogas ilícitas e os do grupo de dependentes de álcool, sendo que os primeiros utilizam significativamente mais as estratégias realistas (2,78 vs 2,41).

Quadro 105

Significância das diferenças entre os grupos relativamente às estratégias de proteção realistas.

	G1		G2		G3		Sig.
	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>M</i>	<i>Dp</i>	<i>M</i>	<i>Dp</i>	
Estratégias realistas	2,41	,87	2,782	,77	2,48	,66	,031 *

* $p \leq ,001$

Quadro 106

Comparação dos grupos segundo o Teste de Tukey.

Grupo	N	Subset for alpha = 0,05	
		1	2
G1	59	2,41	
G3	50	2,48	2,48
G2	57		2,78
Sig.		,906	,109

Hipótese 7 – A menor percepção dos comportamentos de risco (auto-percepção de risco) está associada ao uso de estratégias ilusórias.

Segundo Thompson et al. (1999), o uso de estratégias ilusórias está associado a baixa percepção de risco para infecção pelo VIH/SIDA. Nesse sentido, tentamos perceber se os sujeitos da nossa amostra que usam mais as estratégias ilusórias, são também os que têm menor percepção de risco.

A análise efetuada mostrou que a relação entre as estratégias de limpeza e a percepção dos comportamentos de risco é estatisticamente significativa, negativa e muito fraca ($r=-,186$). Como o valor é negativo, isso significa que quanto maior é a percepção dos comportamentos de risco menor é a utilização de estratégias de limpeza.

Quadro 107	
Estratégias ilusórias e percepção do risco	
	Percepção dos seus comportamentos de risco
Estratégia Relacional	-,059
Estratégia de Verificação	,045
Estratégia de Limpeza	-,186**

** $p \leq ,01$

Hipótese 8 - O nível de conhecimento sobre VIH/SIDA está associado a práticas realistas de prevenção.

Apesar do conhecimento/informação sobre formas de transmissão do VIH/SIDA não implicar uma relação direta de causa-efeito com a prática de comportamentos de proteção da infeção, pareceu-nos relevante perceber se havia associação entre estas duas dimensões na nossa amostra.

Como podemos verificar no quadro 108, os resultados obtidos demonstram que para um nível de significância ($\alpha \leq ,10$), a relação entre o nível de conhecimento sobre VIH/SIDA e as práticas realistas de prevenção é estatisticamente significativa, positiva, embora muito fraca ($r=,137$). Assim, quanto maior é o nível de conhecimento sobre VIH/SIDA mais elevada é a utilização de estratégias realistas de prevenção da infeção.

Quadro 108

Correlação entre as estratégias realistas e o número de resposta corretas ao QCVIH.

	Nº de respostas corretas
Estratégias Realistas	,137*

* $p \leq ,10$

Estes resultados permitem-nos afirmar que se por um lado o nível de conhecimento sobre o VIH/SIDA, não pressupõe a prática de comportamentos de prevenção da infeção realistas, estes, por sua vez, parecem afetar níveis de conhecimentos adequados. Daqui retiramos que a implementação de estratégias realistas parece implicar que os sujeitos tenham informação sobre a doença e suas formas de transmissão, facto que nos parece bastante aceitável e adequado.

Hipótese 9 – A utilização de estratégias ilusórias difere significativamente entre os três grupos.

Com o intuito de estudarmos as diferenças entre os três grupos relativamente à implementação de estratégias de prevenção, optamos por definir uma hipótese sustentada nas estratégias ilusórias, a fim de averiguarmos qual dos grupos usaria mais este tipo de estratégia de prevenção da infeção pelo VIH/SIDA.

Da análise efetuada encontrámos diferenças estatisticamente significativas que podemos apreciar no quadro 109.

Quadro 109

Significância das diferenças entre os grupos relativamente às estratégias de proteção ilusórias.

	G1		G2		G3		Sig.
	M	Dp	M	Dp	M	Dp	
Estratégia Relacional	4,41	,87	3,77	1,06	4,16	1,01	,003**
Estratégia de Verificação	2,57	,81	2,61	,85	2,77	1,19	,651
Estratégia de Limpeza	3,13	1,15	2,87	1,08	2,72	1,07	,074*

* $p \leq ,10$; ** $p \leq ,01$

O uso de estratégias relacionais difere significativamente entre os grupos ($F(2, 167) = 6,167$; $p = ,003$). O teste de comparação múltipla a posteriori (quadro 110) indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos do grupo de dependentes de drogas ilícitas e o grupo de dependentes de álcool, sendo que estes

utilizam significativamente mais as estratégias relacionais (4,41 vs 3,77) para se protegerem da infeção pelo VIH/SIDA.

Quadro 110

Comparação dos grupos segundo o Teste de Tukey.

Grupo	N	Subset for alpha = 0,05	
		1	2
G2	61	3,77	
G3	53	4,16	4,16
G1	56		4,41
Sig.		,094	,387

As estratégias de limpeza foram outras estratégias de prevenção ilusórias que diferenciaram os grupos ($F(2, 215) = 2,637; p = ,074$). O teste de comparação múltipla a posteriori (quadro 111) indica-nos que as diferenças significativas se encontram entre os sujeitos do grupo sem dependência e os do grupo de dependentes de álcool, sendo que estes utilizam significativamente mais as estratégias de limpeza (2,87 vs 2,72).

Quadro 111

Comparação dos grupos segundo o Teste de Tukey.

Grupo	N	Subset for alpha = 0,05	
		1	2
G3	67	2,72	
G2	72	2,87	2,87
G1	79		2,87
Sig.		,066	

Resumidamente, o que estes dados demonstram é que o G1 usa mais estratégias ilusórias de prevenção da infeção que os restantes grupos.

Seguidamente iremos apresentar os resultados relativos à análise da regressão. Na tentativa de avaliarmos a relação entre uma variável dependente e várias independentes, recorreremos à análise da regressão linear múltipla.

À semelhança do que até agora foi apresentado, os resultados irão ser expostos de acordo com as hipóteses elaboradas.

Hipótese 10 – As estratégias ilusórias, as estratégias realistas, o género, o grupo, a escolaridade, o conhecimento sobre VIH, ter feito o teste de VIH e o número de parceiros ao longo vida são preditores significativos da perceção de risco.

Relativamente à H10, a análise da regressão demonstrou que o modelo final apresenta uma percentagem de classificação correta de 76,2%, que é superior à percentagem de classificações corretas por acaso (50,0%) e superior à percentagem de classificação correta do modelo sem as variáveis predictoras (54,8%).

Quadro 112
Classificação do modelo da regressão.

Observado	Previsto				
	perceção dos seus comportamentos de risco		Percentagem Correta		
	Não	Sim			
Step 1	Perceção dos seus comportamentos de risco	Não	57	12	82,6
		Sim	18	39	68,4
	Percentagem total				76,2

O teste da diferença dos rácios de verosimilhança ($p \leq ,000$) indica que a diferença entre o modelo apenas com a constante e o modelo adicionado das variáveis explicativas é estatisticamente significativa.

Quadro 113
Omnibus Tests of Model Coefficients.

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	36,964	12	,000
	Block	36,964	12	,000
	Model	36,964	12	,000

De acordo com o coeficiente de determinação de *Nagelkerke* as variáveis independentes permitem uma redução na incerteza da perceção dos comportamentos de risco de 34,0%.

Quadro 114

Sumário do modelo.

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	136,565	,254	,340

O valor do teste de bondade de ajustamento de *Hosmer and Lemeshow* é de χ^2 (8) = 11,028; $p = ,200$, mostrando um ajustamento adequado aos dados.

Quadro 115

Hosmer and Lemeshow Test.

Step	Chi-square	df	Sig.
1	11,028	8	,200

A regressão logística revelou que a estratégia de limpeza ($\beta = -0,183$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 5,027$; $p = ,025$), o grupo de dependentes de álcool ($\beta = -1,625$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 5,492$; $p = ,019$) e a escolaridade (1º ciclo) ($\beta = -1,680$; $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 2,916$; $p = ,088$), têm um efeito estatisticamente significativa sobre o Logit da probabilidade de os sujeitos percecionarem os seus comportamentos de risco. Assim, os sujeitos que consomem álcool, os com baixa escolaridade e os que utilizam estratégias de limpeza apresentam uma menor probabilidade percecionarem os seus comportamentos de risco (quadro 116).

Quadro 116

Variáveis da equação do modelo de regressão logística (H13).

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1						
Estratégia Relacional	-,155	,246	,396	1	,529	,857
Estratégia Verificação	,409	,293	1,951	1	,163	1,505
Estratégia Limpeza	-,483	,215	5,027	1	,025**	,617
Estratégias Realistas	-,291	,299	,946	1	,331	,748
G1(1)	-1,625	,693	5,492	1	,019**	,197
G2(1)	-2,379	,631	14,206	1	,000	,093
Masculino(1)	,045	,493	,008	1	,928	1,046
Escolaridade			7,247	4	,123	
1º ciclo(1)	-1,680	,984	2,916	1	,088*	,186
2º ciclo(2)	-,474	,882	,288	1	,591	,623
3º ciclo(3)	-,120	,937	,016	1	,898	,887
secundário(4)	,245	,808	,092	1	,762	1,278
N.º respostas corretas QCVIH	,056	,086	,426	1	,514	1,058
Constant	3,318	2,560	1,679	1	,195	27,595

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$

Hipótese 11 – As estratégias ilusórias, as estratégias realistas, o género, o grupo, a escolaridade, o conhecimento sobre VIH, ter feito o teste de VIH e o número de parceiros ao longo vida são preditores significativos dos comportamentos de risco.

A análise da regressão linear múltipla das variáveis independentes: estratégias ilusórias, estratégias realistas, o género, o grupo, a escolaridade, o conhecimento sobre VIH, ter feito o teste de VIH e o número de parceiros e os comportamentos de risco como variável dependente (quadro 117), explica 36,4% desta última variável e é estatisticamente significativa ($F(11, 113) = 5,874; p = ,001$).

Quadro 117
Sumário do modelo da regressão para a H14.

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Dp
1	,603	,364	,302	1,334

Quadro 118

Anova.

Modelo		Soma dos quadrados	df	Média dos quadrados	F	Sig.
	Regression	115,001	11	10,455	5,874	,000*
1	Residual	201,111	113	1,780		
	Total	316,112	124			

* $p \leq ,001$

Deste modo, podemos afirmar que as variáveis grupo de dependentes de drogas ilícitas ($\beta = 0,264$), $t(133) = 2,301; p = ,001$ e número de parceiros ao longo da vida ($\beta = 0,504$), $t(133) = 5,663; p = ,001$, revelaram-se estimadores significativos dos comportamentos de risco. Os sujeitos do grupo de dependentes de drogas ilícitas, quando comparados com os do grupo de dependentes de álcool ou os do grupo sem dependência, e os sujeitos que têm um maior número de parceiros ao longo da vida obtêm valores mais elevados nos comportamentos de risco (quadro 119).

Quadro 119

Coeficientes da Regressão da H14.

Modelo	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
(Constante)	,680	1,168		,582	,562
G1	,668	,388	,203	1,723	,088
G2	,863	,375	,264	2,301	,023*
Masculino	-,213	,302	-,059	-,706	,482
Escolaridade	,014	,112	,012	,127	,899
Estratégia Relacional	-,152	,141	-,098	-1,080	,282
Estratégia Verificação	-,162	,157	-,090	-1,028	,306
Estratégia Limpeza	-,028	,121	-,019	-,229	,819
Estratégia Realistas	,016	,167	,008	,097	,923
Número de repostas corretas QCVIH	-,012	,049	-,026	-,255	,799
Fez teste VIH/SIDA?	-,125	,329	-,037	-,380	,704
Número parceiros ao longo vida	,844	,149	,504	5,663	,000***

* $p \leq ,05$; ** $p \leq ,01$; *** $p \leq ,001$

Hipótese 12 – As estratégias ilusórias, as estratégias realistas, o género, o grupo, a escolaridade, o conhecimento sobre VIH e o número de parceiros ao longo vida são preditores significativos da realização do teste de VIH.

Para esta última hipótese, a análise efetuada mostrou que o modelo final apresenta uma percentagem de classificação correta de 82,4%, que é superior à percentagem de classificações corretas por acaso (50,0%) e superior à percentagem de classificação correta do modelo sem as variáveis predictoras (67,2%).

Quadro 120

Classificação do modelo da regressão.

Observado		Previsto			
		Fez teste HIV/SIDA?		Percentagem	
		Não	Sim	Correcta	
Step 1	Fez teste	Não	30	11	73,2
	VIH/SIDA?	Sim	11	73	86,9
Percentagem total					82,4

O teste da diferença dos rácios de verosimilhança ($p \leq ,000$) indica que a diferença entre o modelo apenas com a constante e o modelo adicionado das variáveis explicativas é estatisticamente significativa.

Quadro 121
Omnibus Tests of Model Coefficients.

		Chi-square	df	Sig.
Step 1	Step	63,806	12	,000
	Block	63,806	12	,000
	Model	63,806	12	,000

De acordo com o coeficiente de determinação de *Nagelkerke* as variáveis independentes permitem uma redução na incerteza da insolvência de 55,7%.

Quadro 122
Sumário do modelo.

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	94,382	,400	,557

O valor do teste de bondade de ajustamento de *Hosmer and Lemeshow* é de $\chi^2(8) = 13,080$; $p = ,109$, mostrando um ajustamento adequado aos dados.

Quadro 123
Hosmer and Lemeshow Test.

Step	Chi-square	df	Sig.
1	13,080	8	,109

A regressão logística revelou que a estratégia relacional ($\beta = -0,744$, $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 4,743$; $p = ,029$), as estratégias realistas ($\beta = 0,861$, $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 5,309$, $p = ,021$), o grupo de dependentes de álcool ($\beta = -1,766$, $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 5,675$, $p = ,017$) e o grupo de dependentes de substância ilícitas ($\beta = -4,714$, $\chi^2_{\text{Wald}}(1) = 15,510$, $p \leq ,000$), têm um efeito estatisticamente significativo sobre o Logit da probabilidade de os sujeitos realizarem o teste de VIH/SIDA.

Quadro 124
Variáveis da equação.

		B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)
Step 1	Relacional	-,744	,342	4,743	1	,029*	,475
	Verificação	,089	,332	,072	1	,788	1,093
	Limpeza	,417	,268	2,428	1	,119	1,517
	Est. Realistas	,861	,373	5,309	1	,021*	2,365
	Alcool(1)	-1,766	,741	5,675	1	,017*	,171
	Toxicodep(1)	-4,714	1,197	15,510	1	,000***	,009
	Masculino(1)	,458	,675	,460	1	,497	1,581
	Escol			3,117	4	,538	
	escol(1)	,433	1,155	,141	1	,707	1,543
	escol(2)	-,750	1,109	,458	1	,499	,472
	escol(3)	-,665	1,321	,253	1	,615	,514
	escol(4)	,366	,989	,137	1	,711	1,442
	Nresc	,204	,106	3,692	1	,055	1,227
	Constant	,915	3,088	,088	1	,767	2,497

3.3. Discussão dos resultados

O segundo estudo que a parte prática desta tese contempla, emerge das conclusões do estudo 1 desta dissertação e segue os caminhos então abertos. Obviamente que as reflexões a que as investigações obrigam devem ser enquadradas no espaço temporal em que têm lugar, e nesse sentido, devem salientar o paradigma político, social e institucional em que decorrem. A recolha dos dados da amostra deste estudo decorreu num tempo político, social e institucional de mudança. A grave crise económico-financeira que Portugal atravessa imprimiu enormes mudanças na reforma do Estado, que tiveram repercussões não só ao nível do bem estar e sobrevivência da população, mas também ao nível das instituições e serviços públicos. Um exemplo dessa mudança, foi a extinção (2012) do Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. [IDT, I.P.], no qual os serviços especializados de intervenção nos problemas ligados ao álcool (Centros Regionais de Alcoologia - CRA), tinham sido integrados em 2007.

Contudo, se a mudança provoca, por um lado, a angústia da incerteza, por outro pode acarretar enormes vantagens se as sinergias de conhecimentos forem aproveitadas. Este foi o nosso sentimento: que as mudanças em termos institucionais implicassem

uma uniformização de práticas, facto que parece não ter acontecido, espelhando uma sensibilidade política e técnica que continua a discriminar positivamente dependentes de drogas ilícitas, não acontecendo o mesmo com os dependentes de álcool.

Partindo do objetivo geral, que era averiguar se os dependentes de álcool se constituíam como grupo prioritário para a prevenção do VIH/SIDA, elaboramos os nossos objetivos específicos, que por sua vez foram operacionalizados em hipóteses de investigação, sustentadas tanto nas referências teóricas como nos resultados obtidos no estudo 1 desta dissertação.

No estudo anterior (estudo 1) concluímos que os dados epidemiológicos sobre a infeção pelo VIH/SIDA na população de dependentes de álcool não existia, e que estes seriam o primeiro passo para a fundamentação do objetivo geral deste estudo. Como já referimos, a recolha da amostra do G1, ocorreu num tempo de mudanças, que se imaginavam positivas no que ao despiste do VIH/SIDA desta população dizia respeito.

Segundo a OMS (WHO, 2012) as subpopulações relevantes para o rastreio do VIH/SIDA em países com epidemias concentradas (WHO, 2012), são as que apresentam comportamentos de alto risco, e consequentemente taxas de infeção pelo VIH/SIDA superiores a 5%. Se a inclusão dos consumidores de drogas ilícitas nesta subpopulação é consensual, o mesmo já não acontece com os dependentes de álcool. Contudo, apesar de não existirem dados em termos nacionais ou mesmo internacionais relativamente à taxa de infeção destes sujeitos, como já referimos, a integração das UA no IDT, I.P. tinha o potencial de fazer emergir estes números, o que nos transporta para o que foi o nosso segundo objetivo específico e para a sua operacionalização com a hipótese 3⁴⁸, relativa à frequência de realização do teste do VIH/SIDA por parte da nossa amostra. Temos pois a hipótese 3 confirmada quando se constatou que a frequência de realização do teste de despiste pelo VIH/SIDA era significativamente superior no G2 (objetivo 8). Na realidade, apesar de, comparativamente com o estudo 1, a taxa de realização do teste do VIH/SIDA ter aumentado por parte dos sujeitos com dependência de álcool, ela continua bastante inferior à dos dependentes de drogas ilícitas, embora ambos os grupos façam parte da mesma instituição de intervenção no problema da dependência – o IDT, I.P.. Este facto demonstra que a prática comum de rastreio do VIH/SIDA do IDT, I.P. não foi alargada aos dependentes de álcool.

⁴⁸ H3 - Os três grupos apresentam frequências diferentes de realização do teste de despiste do VIH/SIDA.

No entanto, e possivelmente abrindo a porta a uma nova realidade, neste estudo constatamos que a percentagem de dependentes de álcool com teste de VIH/SIDA positivo foi de 7,5%, contra 13,9% de sujeitos do grupo de dependentes de drogas ilícitas, mas registamos igualmente que em termos de significado estatístico estes dois grupos não se diferenciam relativamente à frequência de seropositivos, ao contrário do que aconteceu com o grupo de sujeitos sem dependência cuja frequência de resultados positivos no teste do VIH/SIDA foi nula, confirmando a nossa hipótese 4⁴⁹. Estes dados relativos à taxa de seropositividade do G1 vão ao encontro da definição de subpopulação com comportamentos de alto risco (WHO, 2012), pois a frequência de testes positivos de VIH/SIDA é superior a 5%, sustentando, deste modo, a importância do protocolo de despiste dos serviços especializados de atendimento a dependentes de substâncias.

Apesar de termos consciência que o constructo de percepção do risco é subjetivo e multidimensional (Rohrmann, 2008), e por essa razão, bastante difícil de se medir, optamos por mantê-lo como uma variável de estudo. Nesse sentido, dando resposta ao primeiro objetivo e à sua operacionalização através da hipótese 1⁵⁰, que foi infirmada e que, dessa forma, nos permite afirmar que o grupo dos dependentes de drogas ilícitas tem maior percepção dos seus comportamentos de risco que o grupo dos dependentes de álcool e que o grupo sem dependência de substâncias. Aliás, a maioria dos sujeitos do G1 e do G3 identificam-se como não tendo este tipo de comportamentos. Estes resultados coincidem com os resultados do estudo 1 e parecem dar resposta a uma das nossas dúvidas que era se os dependentes de álcool teriam uma auto-percepção de risco idêntica à das pessoas sem dependência, ou seja à população geral (objetivo 7).

No entanto, quando exploramos os comportamentos de risco propriamente ditos verificamos que a maioria dos elementos tanto do grupo de dependentes de álcool como do grupo de dependentes de drogas ilícitas tiveram dois ou mais comportamentos de risco, sendo os mais frequentes a prática de sexo sem preservativo, e a recorrência aos serviços da(o)s trabalhadora(e)s do sexo. Estes dois grupos (G1 e G2) quando comparados com o grupo sem dependência, têm significativamente mais

⁴⁹ H4 - Os três grupos apresentam uma frequência de testes de VIH/SIDA positivos significativamente diferentes.

⁵⁰ H1 - Os três grupos não se distinguem quanto à percepção dos comportamentos de risco.

comportamentos de risco, o que nos leva a infirmar a hipótese 2⁵¹, na medida em que registamos que os sujeitos do grupo dos dependentes de álcool têm mais comportamentos de risco que os do grupo sem dependência de qualquer substância. Também constatamos que o grupo dos dependentes de álcool não se diferencia do grupo de dependentes de drogas ilícitas relativamente à prática de comportamentos de risco. Estes dados permitem-nos afirmar que ambos os grupos (G1 e G2) são equiparados em termos dos comportamentos que os colocam em risco de se infetarem com o VIH/SIDA, o que nos parece, mais uma vez, enquadrar o grupo dos dependentes de álcool na noção de população chave em maior risco de infeção pelo VIH/SIDA, a par dos dependentes de drogas ilícitas.

Relativamente aos conhecimentos avaliados pelo QCVIH, estes foram mais elevados no G2 e G3, ficando demonstrado que o G1 tem significativamente menos conhecimento sobre o VIH/SIDA que os restantes grupos, infirmando desta forma a hipótese 5⁵² (Objetivo 6).

Contudo, um dos dados que nos suscitou curiosidade foi o facto de, apesar de erradamente, os sujeitos do G1 considerarem que o VIH/SIDA se transmite pela comida e talheres ou pela picada de mosquitos, ou seja através de meios de transmissão com um controle limitado, eles parecem ter uma postura bastante despreocupada no que ao risco de infeção pelo VIH/SIDA a que podem estar sujeitos diz respeito. Este paradoxo faz-nos questionar se os sujeitos deste grupo terão uma falsa perceção de controlo sobre a doença, sustentada em parte pela desinformação, na medida em que também consideram que uma pessoa seropositiva não tem um aspeto saudável, e por isso acreditam que não estão em risco quando perante um potencial companheiro “com bom aspeto”. Na realidade Thompson et al. (1999) são esclarecedores relativamente à importância da perceção de controlo ilusória na compreensão dos comportamentos de risco. Neste estudo o que verificamos relativamente à perceção de controlo ilusória foi que esta parece estar presente no G1, quando percebemos que a sua baixa perceção de risco está associada a uma maior frequência de estratégias de prevenção ilusórias, e que estes

⁵¹ H2 - O grupo de dependentes de álcool e o grupo sem dependência de substâncias apresentam menos comportamentos de risco efetivos que o grupo dos dependentes de drogas ilícitas.

⁵² H5 - O grupo dos dependentes de drogas ilícitas apresenta valores mais elevados de conhecimento relativo à infeção pelo VIH/SIDA, que os dois restantes grupos.

sujeitos se diferenciam dos do grupo dos dependentes de drogas ilícitas relativamente a esta questão, confirmando a hipótese 7⁵³.

Por outro lado, o modelo de exposição ao risco de Pechansky (2001), refere claramente o papel da desinformação e contrainformação na percepção de risco, indicando que sujeitos mal informados não têm tanta consciência dos riscos a que estão expostos. Se acrescentarmos a alteração da consciência devido ao consumo de álcool, a capacidade crítica acerca dos seus próprios comportamentos também estará obviamente afetada. Deste modo, e indo ao encontro do que Pechansky (2001) postula no seu modelo, o baixo nível de escolaridade, o baixo nível de conhecimento sobre o VIH/SIDA, o consumo de álcool e o seu efeito na capacidade crítica em avaliar os seus comportamentos e os comportamentos de risco propriamente ditos por parte do G1, são fatores que colocam este grupo em risco elevado de contaminação pelo VIH/SIDA.

A interferência de múltiplos fatores na percepção do risco e consequentemente nos comportamentos de risco (por exemplo o nível de conhecimento sobre a doença, a contrainformação e a escolaridade) como postula o modelo do Pechansky (2001) parece adequar-se ao nosso grupo de dependentes de álcool. Contudo, no que aos dependentes de drogas ilícitas diz respeito, o mesmo já não parece ser tão válido, na medida em que para além do seu nível de conhecimento sobre o VIH/SIDA ser superior ao dos sujeitos do G1, a quantidade de comportamentos de risco é semelhante e nesse sentido o risco de infeção pelo VIH/SIDA será também equivalente. O que parece diferir entre estes dois grupos é a implementação de estratégias de prevenção. Ficou comprovado que o grupo de dependentes de álcool utiliza mais estratégias de prevenção ilusórias que o grupo de dependentes de drogas ilícitas, e que o grupo de sujeitos sem dependência, infirmo a hipótese 9⁵⁴. Por outro lado, a confirmação da hipótese 6⁵⁵ fez-nos constatar que o grupo de dependentes de drogas ilícitas parece usar mais estratégias realistas de prevenção do que o G1, o que poderá estar relacionado com o nível de conhecimento/informação sobre o VIH/SIDA deste grupo (G2). A confirmação da hipótese 8⁵⁶ reforça esta suposição, na medida em que ficou comprovado que o nível de conhecimento sobre o VIH/SIDA estava relacionado com o uso de estratégias realistas

⁵³ H7 - A percepção dos comportamentos de risco (auto-percepção de risco) está associada ao uso de estratégias ilusórias.

⁵⁴ H9 - A utilização de estratégias ilusórias difere significativamente entre os três grupos.

⁵⁵ H6 - O grupo dos dependentes de drogas ilícitas apresenta maior frequência de estratégias realistas para a proteção da infeção pelo VIH/SIDA.

⁵⁶ H8 - O nível de conhecimento sobre VIH/SIDA está associado a práticas realistas de prevenção.

de prevenção. Mais uma vez reforçamos que, se por um lado o nível de conhecimento parece não ser suficiente para mudar comportamentos de risco, ele é fundamental para a implementação de estratégias efetivas de prevenção da infeção, demonstrando a pertinência da integração de informação/educação sobre a doença (VIH/SIDA) nos programas de intervenção e prevenção do VIH/SIDA, tanto junto de populações específicas, como é o caso dos dependentes (de drogas lícitas e ilícitas) como junto da população geral.

Como já referimos, o constructo da percepção de risco está imbuído de subjetividade, e a sua interpretação assim como a ponderação dos fatores nele implicados, como tivemos a oportunidade de verificar, ocorrem em diversos sentidos, possibilitando inúmeras associações. Nesse sentido, optamos por analisar de acordo com as variáveis que dispúnhamos, quais as que se constituíam como preditoras da percepção do risco desta amostra (hipótese 10⁵⁷ – infirmada). O que a nossa análise nos mostrou foi que ser dependente de álcool, ter baixa escolaridade e usar estratégias ilusórias de prevenção da infeção pelo VIH/SIDA, eram preditores de uma baixa percepção dos comportamentos de risco. Relativamente à escolaridade, Pechansky (2001) já tinha afirmado ser uma relação significativa. Thompson et al. (1999) também confirmam que o uso de estratégias ilusórias está associado a uma menor percepção do risco. Ser dependente de álcool, parece ser o dado novo. Obviamente que não consideramos a condição de dependente de álcool *per si*, como um fator determinante da baixa percepção de risco. Esta, no nosso entender, poderá dever-se a duas condições. A primeira será o baixo nível de escolaridade desta população. A segunda, poderá dever-se ao facto destes sujeitos nunca terem sido alvos de intervenção específica em matéria de VIH/SIDA. Na verdade as recomendações tanto políticas como técnicas, nunca distinguiram estes sujeitos da população geral, equiparando-os em termos de risco, facilitando que os dependentes de álcool se percebessem como diferentes dos dependentes de drogas ilícitas relativamente ao risco de infeção pelo VIH/SIDA.

Curiosamente, no que concerne aos comportamentos de risco, apesar de termos verificado não existirem diferenças entre o grupo de dependentes de álcool e o grupo de dependentes de drogas ilícitas, quando exploramos os dados que se configuraram na

⁵⁷ H10 - As estratégias ilusórias, as estratégias realistas, o género, o grupo, a escolaridade, o conhecimento sobre o VIH/SIDA, a realização do teste de VIH/SIDA e o número de parceiros ao longo da vida, são preditores significativos da percepção de risco.

hipótese 11⁵⁸, que foi infirmada para a maioria das variáveis propostas, detetamos que ser dependente de drogas ilícitas e ter um maior número de parceiros ao longo da vida se constituíam como preditores dos comportamentos de risco. Estes dados levam-nos a questionar sobre o peso do comportamento de risco exclusivo dos dependentes de drogas ilícitas (troca de seringas) nesta análise. Como já tivemos a oportunidade de abordar na parte teórica, a partilha de material de injeção é sem dúvida o comportamento de risco para a infeção do VIH/SIDA que mais consenso reúne na justificação da taxa de infeção da população consumidora de drogas (Wodak & Mcleod, 2008; Negreiros, 2006a). Contrariamente, os comportamentos sexuais de risco, potenciados ou motivados pela alteração da consciência derivada do consumo de substâncias psicoativas, como é o caso do álcool, já suscita alguns desacordos. No entanto, os comportamentos sexuais são, sem margem para dúvida, a maior causa da infeção pelo VIH/SIDA em todo o mundo (UNAIDS, 2010). Se teoricamente os dependentes de drogas ilícitas estão em maior risco de infeção por apresentarem dois tipos distintos de comportamentos de risco (os sexuais e a troca de material de injeção), a análise desta hipótese de estudo (14) deixa-nos com dúvidas, na medida em que, apesar de percebermos que ambos os grupos (G1 e G2) obtiveram uma moda de dois comportamentos de risco, a troca de seringas foi apenas relatada pelo G2, levantando-se a hipótese dos dependentes de álcool terem mais comportamentos sexuais de risco que os dependentes de drogas ilícitas.

A última hipótese de estudo definida (hipótese 12⁵⁹) apesar de ter sido infirmada, comprova o que temos vindo a firmar relativamente à postura política e técnica relativa a matéria de VIH/SIDA, pois apenas o grupo de dependentes de drogas ilícitas se constitui como preditor da realização do teste do VIH/SIDA.

3.4. Conclusão

Este segundo estudo emergiu da necessidade de se tentar responder a algumas questões levantadas no estudo exploratório (estudo 1), e que nos pareceram relevantes

⁵⁸ H11 - As estratégias ilusórias, as estratégias realistas, o género, o grupo, a escolaridade, o conhecimento sobre o VIH/SIDA, a realização do teste de VIH/SIDA e o número de parceiros ao longo da vida, são preditores significativos dos comportamentos de risco.

⁵⁹ H12 - As estratégias ilusórias, as estratégias realistas, o género, o grupo, a escolaridade, o conhecimento sobre o VIH/SIDA, e o número de parceiros ao longo da vida, são preditores significativos da realização do teste de VIH/SIDA.

tanto em termos de conhecimento teórico como prático. Apesar do primeiro estudo ter sido o ponto de partida, o presente estudo 2 não será, ou não deverá ser, o ponto de chegada. Muito ainda há a explorar neste campo que é vasto e abrange variados domínios, desde o político, ao técnico, até ao individual.

A questão central de investigação não variou entre os estudos (1 e 2) centrando-se numa análise detalhada sobre a possibilidade de os dependentes de álcool se constituírem como um grupo que cumpre os requisitos para ser integrado na definição de subpopulação com comportamentos de alto risco para a infeção pelo VIH/SIDA. Para tal procedemos ao aumento do tamanho da amostra, de forma a que uma análise comparativa mais sustentada fosse possível. Os resultados obtidos guiaram-nos para a confirmação desta premissa, e orientam-nos para uma discussão séria relativamente ao que se tem feito ao nível da intervenção nas áreas das dependências e do VIH/SIDA.

A discrepância entre perceção de risco e os comportamentos de risco detetada no estudo 1 manteve-se neste estudo, configurando-se como uma possível limitação. Na realidade percebemos que a perceção de risco é um constructo demasiado subjetivo, altamente influenciado por uma construção social do risco (Rohrmann, 2008), que tem desvalorizado a importância dos dependentes de álcool no aumento da infeção pelo VIH/SIDA.

Se nos debruçarmos sobre o modelo de avaliação do risco de Rohrmann (2008), compreendemos que a avaliação do risco que influencia a aceitação daquele, e consequentemente pondera nos comportamentos de risco, é desvalorizada na subpopulação de dependentes de álcool. Esta poderá ser umas das razões para que este grupo (G1) apresente uma baixa perceção do risco para a infeção pelo VIH/SIDA. Não temos dúvidas que as políticas e diretrizes técnicas atuais relativamente à prevenção do VIH/SIDA mais dirigida aos dependentes de drogas ilícitas tiveram e continuam a ter um papel determinante na construção social do risco por parte das pessoas.

Os reduzidos conhecimentos/informação sobre a doença emergiram nos nossos resultados com um maior relevo do que o esperado, sustentando a pertinência senão mesmo a emergência de se implementarem programas de prevenção que contemplem a educação sobre a infeção pelo VIH/SIDA junto da população geral, mas especialmente junto dos dependentes de álcool.

Quanto às estratégias de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA adotadas pelos elementos da nossa amostra, sobressaem as estratégias ilusórias cuja implicação para a proteção da infecção é preocupante, principalmente no grupo de dependentes de álcool, que foi quem mais referiu utilizar este tipo de estratégia de prevenção da infecção pelo VIH/SIDA. Se por um lado o uso destas estratégias é o reflexo de um baixo nível de conhecimentos sobre a doença, por outro, denota o pouco interesse que a infecção pelo VIH/SIDA desperta nos dependentes de álcool. Neste ponto, também podemos atribuir alguma responsabilidade aos técnicos que lidam com esta população, e que têm também desvalorizado o risco de infecção pelo VIH/SIDA dos dependentes de álcool, possibilitando, mais uma vez, uma construção social do risco de infecção dos dependentes de álcool diminuída. Nesse sentido, sensibilizar os profissionais de saúde para o risco desta população e treiná-los na divulgação desse mesmo risco junto dos seus utentes, parece-nos ser uma prática a implementar.

Terminada a apresentação e discussão dos resultados do estudo 2, predominantemente quantitativos, passaremos à descrição de todos os procedimentos e resultados que sustentam o estudo 3, revestido de uma roupagem qualitativa que se distingue dos dois estudos até aqui apresentados, com o objetivo de aceder a uma dimensão individual e subjetiva na compreensão de algumas temáticas adjacentes ao VIH/SIDA e ao consumo de substâncias.

5.3. Estudo 3: Análise qualitativa dos discursos de dois grupos, sobre o significado das temáticas do VIH/SIDA e dependência de substâncias.

O aumento contínuo do número de infeções pelo VIH/SIDA levanta algumas questões relativas às limitações do conhecimento acerca dos comportamentos relacionados com esta doença. Medir ou quantificar o comportamento humano não significa compreendê-lo, e se tivermos em conta as suas dimensões mais discretas ou interativas e históricas (Fernandes & Maia, 2001), constatamos que o corpo de conhecimentos sustentado em pesquisas quantitativas apresenta limitações. Neste sentido, a investigação qualitativa revela-se mais adequada para a compreensão de realidades mais subjetivas, pois trabalha com um universo de significados, crenças, valores e atitudes, que permitem aceder a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenómenos e que não podem ser reduzidos à quantificação e associação de variáveis (Évora, 2006).

Ao contrário da pesquisa quantitativa, que se centra mais na forma que o fenómeno possui, a investigação qualitativa endereça o seu foco às características (natureza) e propriedades desse mesmo fenómeno, tentando aceder desta forma não ao que é comum, mas ao que é diferente e único em cada indivíduo que o vivencia (Maia, 2010).

Apesar do método quantitativo ainda ser o dominante na pesquisa sobre o comportamento humano, a recetividade ao método qualitativo para o estudo e compreensão dos fenómenos tanto na área do consumo de substâncias como na área do VIH/SIDA, tem sido crescente (Rhodes, et al., 2001).

Tal como referem vários autores (Boulton, 1994; Singer, 1999) o tempo de emergência da SIDA constitui um marco na inovação, experimentação e flexibilização metodológicas, criando espaço para que a investigação qualitativa surgisse como uma resposta adequada à produção de conhecimento no âmbito dos consumos de substâncias, e mormente na sua associação à infeção pelo VIH/SIDA.

Há já algum tempo que, no caso das dependências de substâncias, a investigação qualitativa se tem mostrado eficaz na descrição do fenómeno a um nível mais profundo, conseguindo chegar às populações mais marginalizadas e ocultas, tentando compreender a experiência e o significado do consumo de substâncias dentro

do contexto em que cada consumidor está inserido, e acima de tudo, através da perspectiva do próprio. Em último propósito, este conjunto de estratégias e técnicas de recolha e análise da informação mais subjetiva, permite desenhar planos de intervenção mais específicos e adequados à realidade de cada população estudada (Rhodes, et al., 2001).

Também é certo que o estudo do VIH/SIDA destacou a importância da pesquisa qualitativa, tanto na compreensão do fenómeno em si, como na compreensão do consumo de drogas relacionados com a infeção (Rhodes, et al., 2001), e já em 1990, Parker e Carballo abordaram a necessidade do uso desta metodologia para o estudo dos comportamentos dos homossexuais e bissexuais relativos ao VIH/SIDA, afirmando que o corpo de conhecimento sobre os comportamentos sexuais relacionados com a infeção pelo VIH/SIDA sustentado nos dados obtidos até então, segundo a método quantitativo, não conseguia dar resposta ao problema da SIDA. Atualmente, a investigação nesta área, alicerçada nestes métodos, aborda variadas questões relativas ao fenómeno do VIH/SIDA, como por exemplo, a intervenção junto das pessoas que vivem com a doença, a adesão à terapêutica (Cocohoba, Comfort, Kianfar, & Johnson, 2013), questões relacionadas com a discriminação (Takács, Kelly, Ptóth, Mocsonaki & Amirhanian, 2013), e questões relacionadas com a vulnerabilidade ao VIH/SIDA (Garcia e Souza, 2010). O campo de pesquisa é pois vasto, permitindo aprofundar as questões mais pertinentes em termos de intervenção, assentes nos discursos e significados atribuídos por quem vive os fenómenos, de forma a possibilitar o desenho de uma intervenção mais adequada às necessidades da população a quem se pretende dar resposta.

A urgência de saúde pública respeitante à transmissão do VIH/SIDA associado ao uso de drogas, sustentou a importância deste método de pesquisa ao conseguir estudar as populações mais ocultas e mais vulneráveis à infeção pelo VIH/SIDA. A tentativa de compreensão profunda do fenómeno, através do método qualitativo, permitiu adequar as respostas ao problema, tendo em conta o contexto e as experiências individuais. Um exemplo clássico é o demonstrado por Booth, Koester, Reichardt e Brewster (1993) quando afirmaram que comportamentos de risco, como a partilha de seringas, estariam relacionados com a atuação das forças policiais (Booth et al., 1993). Segundo estes autores, alguns aspetos da aplicação da lei encorajavam os consumidores de rua a partilharem seringas. Esta afirmação só foi possível devido ao facto dos

investigadores estarem presentes no contexto de consumo, ou seja, em observação e interação direta com os consumidores de drogas injetáveis, e este tipo de pesquisa só é possível seguindo o método qualitativo. Desta forma, percebemos que os conhecimentos adquiridos permitiram, então, desenhar estratégias de intervenção mais adequadas às realidades, contemplando não só a população alvo como os outros agentes intervenientes no seu quotidiano.

A dificuldade em responder a algumas questões suscitadas pelos dados obtidos com o estudo quantitativo, previamente apresentado nesta dissertação como Estudo 2, associada à riqueza e profundidade dos dados obtidos segundo o método qualitativo, serviram de base para o desenho deste terceiro estudo. Para além disto, o corpo de conhecimentos atual sobre a associação entre consumo de álcool e comportamentos sexuais de risco para o VIH/SIDA, está na sua maioria sustentado em investigações quantitativas (Fritz, Morojele & Kalichman, 2010; Shuper et al., 2010), não permitindo conhecer em profundidade esta associação e consequentemente não alargando os horizontes da intervenção.

Com esta abordagem metodológica não pretendemos desvalorizar ou minimizar os resultados obtidos com os estudos quantitativos prévios, muito pelo contrário. É a consciência de que ambos os métodos podem ser complementares e não exclusivos (Maia, 2010; Ribeiro, 2010; Brannen, 2007; Serapioni, 2000; Pope & Mays, 1995), que assegurou a nossa intenção de usar os dados obtidos com o método qualitativo como complementares aos dados quantitativos, e assim construir uma rede de conhecimentos mais vasta e aprofundada acerca das temáticas estudadas.

4.1. A metodologia qualitativa

O presente estudo apresenta um formato qualitativo, de carácter exploratório e utiliza um procedimento indutivo. A sua pertinência prendeu-se com a tentativa de explorar algumas eventuais dissonâncias encontradas nos estudos quantitativos, nomeadamente no que diz respeito à informação sobre o VIH/SIDA, comportamentos de risco e consumo de substâncias. O objetivo foi dar voz às experiências e modos subjetivos de ser e estar perante a dependência de substâncias e o VIH/SIDA, e, assim, aceder aos significados que os participantes deixam emergir quando se abordam as duas temáticas. Para isso recorreremos à metodologia da Teoria Fundamentada nos Dados ou

Grounded Theory, que consiste num conjunto de procedimentos de análise sistemática de dados, que vão sendo organizados de forma cada vez mais complexa e que contribuem para a formação de uma teoria (Fernandes & Maia, 2001).

De acordo com esta metodologia, o investigador, ele próprio com papel ativo no processo de investigação, não parte de um corpo de conhecimento sustentado numa teoria pré-existente, mas constrói uma teoria fundamentada nos dados recolhidos e analisados, esperando, assim, criar entendimentos novos e teoricamente expressos, que se aproximam mais da realidade do fenómeno em estudo (Fernandes & Maia, 2001; Strauss & Corbin, 1998).

Os conceitos, as categorias e as proposições são, portanto, elementos fundamentais da *Grounded Theory* (Teixeira, 2004), e que tentaremos ilustrar ao longo deste trabalho.

O processo de codificação é fundamental para o processo de análise dos dados (Corbin & Strauss, 1990), e na *Grounded Theory* é constituído por três fases fundamentais - a codificação aberta, a codificação axial e a codificação seletiva (Strauss & Corbin, 1998). Contudo, até se conseguir construir o discurso do grupo, várias etapas ocorrem durante o processo de codificação, e que passamos seguidamente a descrever sucintamente:

1. **Codificação Aberta** – processo pelo qual os conceitos são identificados, através da decomposição das entrevistas em unidades de análise e constante comparação e questionamento das mesmas, de forma a construir as primeiras categorias.
2. **Elaborações de memorandos (*memoings*)** – registo de ideias/sugestões para cada categoria (Fonte, 2005; Teixeira, 2004).
3. **Codificação Axial** – processo de relacionar as categorias ao nível das suas propriedades e dimensões, construindo assim as categorias centrais ou de 1ª ordem. Esta relação pode ser de ordem diversa, desde as relações causais do fenómeno, ao contexto, às condições intervenientes, entre outras (Sendas, Maia & Fernandes, 2007).
4. **Codificação Seletiva** – procedimento que estabelece uma relação hierárquica entre as categorias, diferenciando as que são centrais e as que são secundárias, construindo assim as categorias hierarquizadas ou de 2ª ordem. Isto possibilita salientar a importância de uma dada categoria comparativamente a outras num mesmo grupo conceptual, facilitando a descrição dos dados obtidos (Sani,

Gonçalves & Keating, 2000), e permitindo, assim, identificar o fio condutor da história (Strauss & Corbin, 1998).

5. **Clarificação Estrutural** – pretende-se com este procedimento clarificar a estrutura hierárquica do discurso emergente, pela integração ou suspensão temporária das categorias idiossincráticas, consideradas suficientemente peculiares, dado que só representam um ou outro sujeito em todo o grupo (Fonte, 2005; Sani, 2000).
6. **Construção do discurso do grupo** – consiste na síntese descritiva do discurso do grupo de sujeitos analisados, contando para tal, com a análise da categorização hierárquica realizada nas fases anteriores (Fonte, 2005).

4.2. Método

4.2.1. Amostra

No estudo participaram 20 sujeitos de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 23 e os 63 anos. A seleção da amostra por conveniência contemplou sujeitos que se encontravam em tratamento da dependência de drogas (identificados como GPT) e da dependência de álcool (identificados como GPA) e teve como local de recolha de informação os centros de tratamento onde os participantes estavam integrados, nomeadamente a Unidade de Alcoologia do Porto – Dr. José Barrias e o Centro de Respostas Integradas do Porto Oriental, ambos pertencentes ao então Instituto da Droga e da Toxicoddependência, I. P..

O único critério de exclusão foi a participação no Estudo 2, apresentado anteriormente, por se considerar que as eventuais respostas aos instrumentos que dele constavam poderiam influenciar as participações nas entrevistas, pois como já foi referido anteriormente o Estudo 2 contemplava a transmissão de definições de alguns conceitos, particularmente a de comportamentos de risco, caso fosse necessário. Apesar dos grupos de dependentes de drogas ilícitas e de álcool apresentarem, naturalmente, características sociodemográficas diferentes (principalmente ao nível da escolaridade) e isso dificultar, ou até mesmo impedir, o seu emparelhamento ao nível destas variáveis, tentamos selecionar participantes com variáveis sociodemográficas o mais semelhantes possíveis. Contudo, e a bom rigor, este emparelhamento só foi conseguido na sua totalidade ao nível da variável género.

Quadro 125

Caracterização da amostra quanto ao número de sujeito, grupo de participante, género, idade, estado civil, escolaridade, profissão e situação profissional.

Nº. Suj.	Grupo*	Género	Idade	Est. Civil	Escol.	Profissão	Sit. Prof.
S1	GPT	F	37	Solteira	Secundário	Func. armazém	Ativa
S2	GPT	M	34	Solteiro	3º ciclo	Serralheiro	Desemp.
S3	GPT	M	38	Casado	Secundário	Téc. Informática	Ativo
S4	GPT	M	23	Solteiro	3ª ciclo	Estudante	Ativo
S5	GPT	M	42	Divorc.	3º ciclo	Comercial	Ativo
S6	GPT	M	50	Divorc.	3º ciclo	Superv. Correios	Reformado
S7	GPT	F	24	Solteira	Secundário	Func. hotelaria	Desemp.
S8	GPT	F	40	U.facto	Secundário	Op. call center	Desemp.
S9	GPT	M	31	Solteiro	3º ciclo	Picheleiro	Desemp.
S10	GPT	M	27	Solteiro	2º ciclo	Mecânico	Desemp.
S11	GPA	F	25	Casada	3º ciclo	E. limpeza	Baixa médica
S12	GPA	F	39	U.facto	2º ciclo	Doméstica	Ativa
S13	GPA	F	33	Casada	3º ciclo	Aux. geriatria	Desemp.
S14	GPA	M	42	Casado	1º ciclo	Trolha	Ativo
S15	GPA	M	63	Casado	1º ciclo	Fiel de armazém	Reformado
S16	GPA	M	52	Divorc.	3º ciclo	Segurança	Baixa médica
S17	GPA	M	54	Casado	1º ciclo	Func. Público	Reformado
S18	GPA	M	46	Solteiro	1º ciclo	s/ Profissão	Desemp.
S19	GPA	M	33	Casado	2º ciclo	Trolha	Baixa médica
S20	GPA	M	38	Casado	1º ciclo	Trolha	Desemp.

*Grupo de participante: o GPT corresponde aos participantes toxicodependentes, o GPA corresponde aos participantes dependentes de álcool.

No que diz respeito ao estado civil, e à semelhança dos resultados obtidos nos estudos 1 e 2 previamente apresentados, os participantes do GPT estavam na sua maioria (80%) sozinhos, como podemos confirmar no quadro 125. Seis participantes deste grupos eram solteiros e dois eram divorciados, contando apenas com dois sujeitos casados. No entanto, no GPA o cenário muda, na medida em que a maioria dos seus participantes (n=8) tinha uma relação oficial (7 sujeitos eram casados e um vivia em união de facto), e ao contrário do GPT, neste grupo apenas um sujeito era solteiro e um divorciado.

Como podemos verificar no quadro 125, os vinte sujeitos que participaram neste estudo, foram divididos em dois grupos (GPT e GPA), correspondendo os sujeitos nomeados de S1 ao S10 ao grupo dos dependentes de drogas ilícitas, e os nomeados de

S11 ao S20 ao grupo dos dependentes de álcool. Relativamente ao género, numa tentativa de representatividade o mais aproximada possível da realidade, tanto para o GPT como para o GPA o número de participantes do sexo masculino foi de sete sujeitos (70%) e do sexo feminino três sujeitos (30%). No que diz respeito à idade, podemos verificar que foi o GPT que apresentou o participante mais novo, variando as idades deste grupo entre os 23 e os 50 anos, sendo a média de idades de 34,6 anos. Já o GPA, para além de ter o participante mais velho, tem uma média de idades superior (42,5) ao GPT, uma vez que neste grupo a idade mínima foi de 25 anos e a máxima foi de 63 anos.

Relativamente à escolaridade, as diferenças entre os dois grupos mantêm-se. Se o GPT apresenta participantes com níveis mais diferenciados de escolaridade (secundário com n=4; 3º ciclo com n=5, 2º ciclo com n=1), o GPA apresenta o maior número de participantes com apenas o 1º ciclo (n=5), nível de escolaridade que nem sequer aparece no GPT, os restantes níveis de escolaridade deste grupo, distribuem-se pelo 2º e 3º ciclo (n=2 e n=3 respetivamente). Como seria de esperar, o nível de escolaridade espelha o tipo de profissão predominante de cada grupo, verificando-se o maior número de trabalhadores não qualificados no GPA (n=6) e maior número de profissões especializadas no GPT (n=7). No entanto, o mesmo não se pode dizer quanto à situação face ao emprego. Se, por um lado, temos um nível de escolaridade que se reflete na especialização profissional (GPT), por outro, temos um maior número de sujeitos sem especialização profissional e com menor escolaridade (GPA) com situação profissional ativa. Ou seja, metade dos sujeitos do GPT (n=5) encontrava-se desempregada na altura da entrevista, enquanto que apenas 3 sujeitos do GPA se encontravam nessa situação no momento em participaram neste estudo.

4.2.2. Instrumentos

a) Formulário de Consentimento - Trata-se de um termo de consentimento (Anexo III) que tem como objetivo assegurar do ponto de vista ético e científico a anuência consciente e informada do participante no projeto de investigação, bem como salvaguardar a sua desistência, em qualquer momento da sua participação.

b) Entrevista semiestruturada - Para recolha de dados de forma mais pormenorizada recorreu-se ao uso da entrevista individual semiestruturada (anexo III), que segundo Strauss e Corbin (1990), é um dos meios de recolha de informação contemplados pela pesquisa qualitativa.

A entrevista é constituída por nove perguntas abertas divididas pelas duas temáticas que contemplam este estudo (a dependência de substâncias lícitas e ilícitas e o VIH/SIDA), e que foram construídas de forma a possibilitar a investigação dos dois fenómenos em toda sua complexidade (Almeida, 2006).

4.2.3. Procedimentos

4.2.3.1. Recolha dos dados

A recolha de dados foi feita a partir de entrevistas individuais, com duração de sensivelmente trinta minutos cada, que decorreram nos serviços de atendimento especializados onde os participantes eram utentes.

No início de cada entrevista, os sujeitos foram informados sobre o objetivo do estudo, bem como do anonimato e confidencialidade dos dados, mencionando que apenas o investigador teria acesso à informação e que, mesmo assim, poderiam desistir da entrevista a qualquer momento.

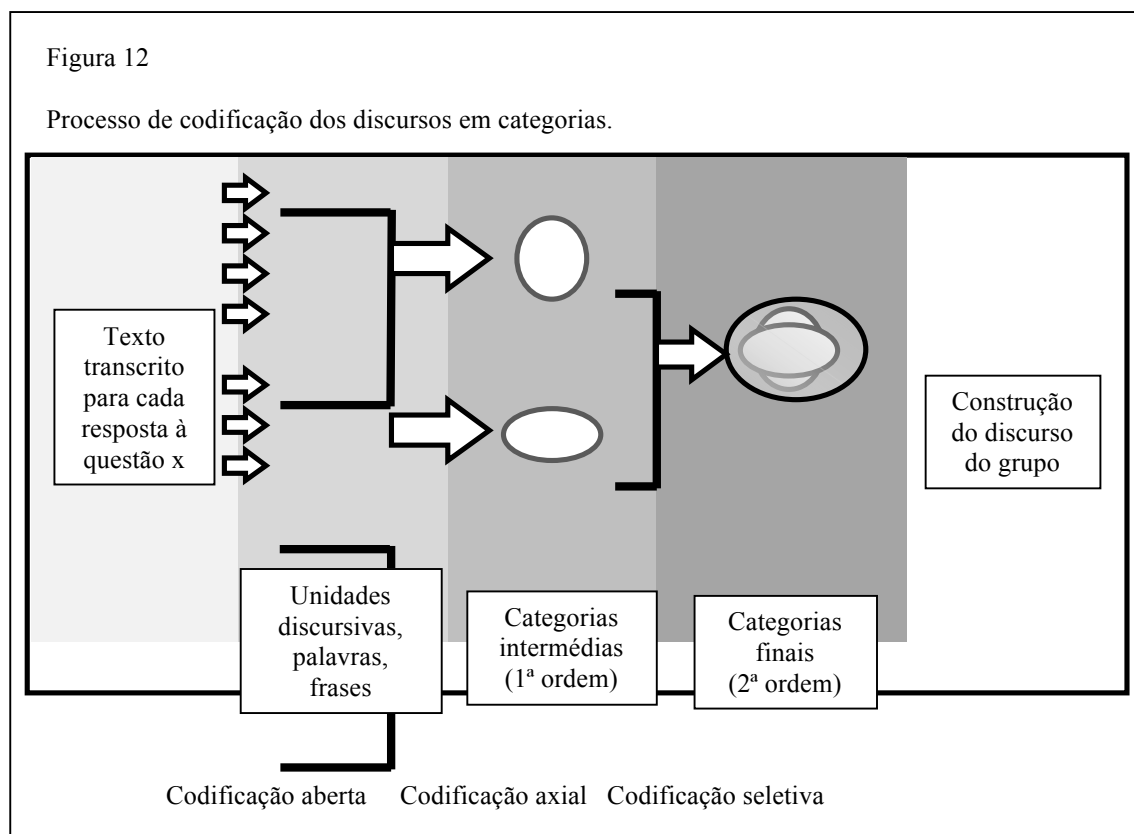
Relativamente à forma de registo, foi utilizado um gravador de voz, mediante o consentimento informado do entrevistado (anexo III). Deste modo, pretendeu-se evitar o recurso a anotações escritas, que muitas vezes quebram o envolvimento entre o entrevistador e entrevistado aumentando o distanciamento entre eles, que poderia constituir-se como um obstáculo para que o entrevistado estivesse à vontade para falar abertamente sobre os seus pontos de vista. Após o término da realização das entrevistas, procedeu-se à transcrição integral das mesmas, tendo em atenção o registo dos sinais não verbais mais relevantes (Fernandes, 2001).

4.2.3.2. Análise dos dados

A análise dos discursos transcritos foi feita através da metodologia da *Grounded Analysis*, sequencialmente, de forma a conseguirmos construir um discurso que pudesse

vir a agregar as principais categorias produzidas pelo grupo, em cada questão da entrevista.

Relembramos que o processo, para cada pergunta, parte da seleção de unidades discursivas (palavras, pequenas frases) que sobressaem da resposta (Codificação). Após esta recolha inicia-se o processo de *memoing*, ou de atribuição de primeiros significados, eventualmente provisórios. A terceira fase, categorização axial, tem a função de relacionar as categorias entretanto surgidas ao nível das suas propriedades e dimensões, construindo assim as categorias centrais ou de 1ª ordem. Neste sentido a categorização é feita tendo em linha de conta não só o atributo de significado, mas também a frequência com que idênticas unidades discursivas surgem no discurso, daí o surgimento nas tabelas do número de sujeitos bem como o número de vezes que registaram aquela categoria (n suj; n ref.). Segue-se a codificação seletiva que estabelece uma relação hierárquica entre as categorias encontradas, diferenciando as que são centrais e as que são secundárias, e dando forma às categorias hierarquizadas, finais ou de 2ª ordem. Abandonadas as unidades residuais estamos aptos a construir o discurso do grupo.



4.3. Apresentação dos resultados

Tendo em conta cada uma das nove questões que constituíram esta entrevista, bem como a existência de dois grupos de entrevistados que se distinguiram na condição de serem predominantemente consumidores de substâncias ilícitas (grupo de participantes toxicodependentes – GPT) ou de álcool (grupo de participantes alcoólicos – GPA), a apresentação de resultados foi organizada, questão a questão, mas contemplando diferencialmente as respostas destes dois grupos.

4.3.1. Significados emergentes da questão 1: “O que significa para si ser um dependente de álcool... um alcoólico...?”

4.3.1.1. Respostas do grupo de participantes toxicodependentes (GPT)

Quadro 126

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 1 com o GPT.

Unidades de Conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
– “é uma pessoa viciada em álcool”	Vício (n=1)	
– “é ser /estar dependente de uma substância”	Dependência	
– “é ser dependente de outra coisa qualquer”	em sentido lato (n=2)	
– “é não poder evitar de beber diariamente”	Perda de controle (n=2)	Condições de dependência (n=8; ref:10)
– “beber todos os dias sem conseguir parar”		
– “é uma pessoa que até para trabalhar precisa de estar a beber”	Tem necessidade de álcool (n=4)	
– “não poder passar um dia sem beber bastante álcool.”		
– “uma pessoa que necessita do álcool para fazer tudo”		
– “incapaz de fazer o que quer que seja sem beber”		
– “que só está bem com o álcool”		
– “o álcool faz com que as pessoas fiquem violentas”	Agressividade (n=3)	
– “é agressivo”		
– “é mau”		
– “tem sempre confusões em casa com os parceiros”	Criam conflitos (n=1)	Problemáticos (n=4; ref:8)
– “estão sempre a arranjar problemas”		
– “é muito mentiroso,”	Não confiáveis (n=1)	
– “manipulador”		
– “não confio na palavra de um alcoólico”		
– “é pior que o tabaco porque rói mais”	Limitação física (n=2)	Doentes (n=3; ref:3)
– “incapacitados das atividades motoras”		
– “uma pessoa que tem uma doença”	Doença sentido lato (n=1)	

A primeira questão, quando endereçada aos elementos do grupo participantes toxicodependentes (GPT), coloca-os perante uma realidade que não é a sua: é a do alcoólico. E este surge como portador de uma série de condições que o caracterizam como dependente (categoria hierarquizada de segunda ordem “condições da dependência”), quer em sentido lato, quer em sentido mais específico. As várias categorias de primeira ordem (resultantes da seleção axial), e a sua posterior organização em categorias de segunda ordem (resultantes do procedimento de seleção seletiva) estão representadas no quadro 126.

Retomando a categoria “condições de dependência” encontramos referências à perda de controle e à necessidade de álcool diária, patentes, por exemplo, no discurso do participante S7 quando refere:

“...é aquela coisa de beber todos nos dias sem parar, não poder passar um dia sem beber bastante álcool... tem que ser...”

A par da constatação de que a categoria **condições da dependência** específicas desta substância é congregadora das reflexões de oito sujeitos, emerge o carácter **problemático** atribuído a quem é definido como alcoólico. Esta categoria hierarquizada de segunda ordem agrega as referências à agressividade, à criação de conflitos, e à não confiabilidade nestas pessoas (patente nas vozes de 5 participantes, num total de 8 referências). O sujeito S5 reforça esta última característica sublinhando:

“...é muito mentiroso, manipulador... não confio na palavra de um alcoólico...”

Na análise das unidades de conteúdo suscitadas por esta questão, encontramos igualmente a dimensão física da dependência alcoólica: como doença, em sentido lato, incapacitante e tal como refere S4:

“...não sei porquê... mas é pior que o tabaco porque rói mais...”

A análise global das categorias hierarquizadas de segunda ordem dão-nos conta do peso que as condições que normalmente caracterizam a dependência assumem nos discursos dos participantes toxicodependentes quando questionados sobre o significado que atribuem ao fato de alguém ser dependente de álcool/alcoólico, complementando estas condições com a avaliação de serem indivíduos problemáticos, e doentes, apesar desta última categoria ser menos relevante.

4.3.1.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos (GPA)

Quando esta primeira questão foi colocada ao grupo de participantes alcoólicos (GPA), cujos dados estão sintetizados no quadro três, referia-se ao significado que estes atribuíam à sua experiência enquanto dependentes de álcool, em consonância com a sua experiência vivida.

As perspetivas que estes sujeitos têm de si próprios surgem na sua maioria espelhadas nas consequências do consumo de álcool. Os participantes percebem que o consumo provoca **danos que são irreversíveis** (categoria de 2ª ordem), como podemos verificar pelo discurso do S14 quando refere:

“Um alcoólico é uma pessoa que tá-se a matar aos bocadinhos...”

Muitos destes danos percebidos são o resultado de situações em que surge como **violento** (categoria de 2ª ordem) e que agrega referências como a **maldade** e a **agressividade** (categorias de 1ª ordem), esta última presente no discurso de S12 quando refere:

“Ser um alcoólico é ser agressivo...”

Quadro 127

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 1 com o GPA.

Unidades de conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
– “destrói a vida de uma pessoa” – “é destrutivo”	Destruição (n=2)	Irreversibilidade dos danos (n=4; ref:5)
– “é uma pessoa sem vida” – “tá-se a matar aos bocadinhos” – “(anda) a dar cabo da vida”	Perda de vida (n=3)	
– “é ser agressivo” – “violento”	Agressividade (n=1)	Violento (n=3; ref:4)
– “mau” – “dar mau estar à família”	Maldade (n=2)	
– “é um estado de doente” – “é doentio” – “é uma pessoa doente” – “é uma doença”	Doente (n=3)	Doente (n=3; ref: 4)
– “é um gajo sem tino” – “é uma pessoa que não sabe o que faz” – “faz cenas (...) só no dia seguinte é que percebe” – “anda a fazer asneiras”	Alguém sem juízo (n=2)	
– “é um coitadinho” – “é uma coisa muito triste” – “não deveria acontecer”	Sentimento de pena (n=2)	Condescendência / Compadecimento (n=3; ref: 7)
– “é aquele que bebe todos os dias aquela quantidade de álcool” – “é aquela pessoa que está sempre bêbada”	Estado de intoxicação continuado (n=2)	
		Estado de intoxicação continuado (n=2; ref:2)

A **condescendência/compadecimento** emerge como categoria de segunda ordem que agrega referências ao alcoólico como uma pessoa **sem juízo** e que promove o **sentimento de pena** (categorias de 1ª ordem). O participante S18 é muito claro ao expressar-se nos seguintes termos:

“Um alcoólico?... Oh...é um coitadinho é o que ele é...”

Para além desta visão do alcoólico, surge a perspectiva dos que se veem como pessoas portadoras de uma **doença**, como é possível verificar no discurso de S17, que se expressou da seguinte forma:

“...se é dependente...é uma pessoa doente...”

A última categoria hierarquizada de segunda ordem, apenas presente no discurso de um sujeito mas com duas referências, centra-se no **estado de intoxicação continuado** dos dependentes de álcool, refletindo uma prática rotineira, e patente no discurso de S14 quando refere:

“É aquele que bebe todos os dias aquela quantidade de álcool... É aquela pessoa que está sempre bêbada...”

Em suma, a produção de categorias de segunda ordem por parte do GPA (quadro 127) revela a consciência de que ser alcoólico também é ser doente, numa vivência diária de intoxicação cujos danos são destrutivos e irreversíveis. O reconhecimento da violência como presente na condição de “ser alcoólico” é visível, bem como a complacência que aparentemente de forma paradoxal surge associada a essa mesma condição.

4.3.2. Significados emergentes da questão 2: “O que significa para si ser um dependente de drogas... um toxicodependente?”

4.3.2.1. Respostas do grupo de participantes toxicodependentes (GPT)

Quando os participantes do GPT foram confrontados com esta interrogação, surgiu a oportunidade de aceder aos significados mais pessoais, enquanto espelho das suas próprias experiências. Os dados obtidos para esta questão estão patentes no quadro 128.

O **afastamento da realidade da vida** (categoria central ou de primeira ordem) como experiência individual transparece com particular clareza no discurso de S1 -

”Nem sei... a gente pensa... acho que é não viver... fugir... é fugir aos problemas reais... sempre...” ,

- mas surge com maior expressão quando está em causa a experiência de **estar afastado, de se sentir à parte**, categoria de primeira ordem que congrega os significados de três sujeitos num total de seis referências.

Quadro 128

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 2 com o GPT.

Unidades de conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
- “é não viver.” - “fugir aos problemas reais”	Afastamento da realidade (n=1)	
- “estar num mundo à parte - “longe da sociedade - “ao ponto de ser afastado da sociedade - “é afastado das pessoas - “é afastado de tudo e do mundo - “ao ponto de se criarem estigmas	Estar afastado/á parte (n=3)	Não pertencer (n=3; ref:11)
- “destrói relações, - “evita o contacto com a família, - “várias vezes perde o trabalho,	Perdas de vínculos (n=1)	
- “é uma pessoa muito doente” - “é uma pessoa doente”	Doente (n=2)	Doente (n=2; ref:2)
- “mentiroso, - “abusivo, - “é uma pessoa manipuladora	Não confiável (n=2)	Não confiável (n=2; ref:3)
- “tem que consumir drogas diariamente” - “tem que estar sempre mocado” - “é uma pessoa que não se dá sem fumar” - “não poder passar um dia sem consumir” - “Depende totalmente para ser normal” - “necessita das drogas para levar o seu dia a dia” - “necessita (...) para estar bem”	Necessidade da substância (n=5)	Condições da dependência (n=7; ref:11)
- “quando se consome não conseguir parar” - “não poder controlar”	Perda de controle (n=1)	
- “ só pensa numa coisa - a droga”	Centralização na subst. (n=1)	
- “é uma pessoa viciada em todo o tipo de estupefacientes e álcool”	Vício (n=1; Ref:1)	
- “é algo de muito mau, - “bastante nefasto em todos os aspetos”	Algo negativo (n=1)	Algo negativo mas indefinido (n=1; ref:2)

A **perda de vínculos**, patente no excerto de S9 -

“... ser tóxico destrói relações... um gajo até evita o contacto com a família... sei lá... várias vezes perde o trabalho... já se sabe... é o costume...”

- é a terceira categoria de primeira ordem que contribui para a construção da categoria hierarquizada de segunda ordem de **exclusão/não pertença** verbalizadas por seis sujeitos e com 11 referências.

Tal como nos discursos deste conjunto de sujeitos relativos ao que é “ser alcoólico” para cada um deles, das unidades de significado recolhidas surgem categorias de primeira ordem como **ser doente**, e **não confiável**, esta última transparente no excerto do relato de S9 quando refere:

“...(um drogado) é um mentiroso... vai ao ponto de ser abusivo...”

Também a categoria hierarquizada de segunda ordem **condições da dependência** encontrada para a questão anterior surge, agora referente à imagem do toxicodependente, agregando múltiplas referências (11, num total de 8 sujeitos) que se constituíram a partir de quatro categorias de primeira ordem: **necessidade da substância, perda de controle, centralidade da substância e vício**. Os sujeitos S7 e S4 deixam expresso:

“...ser toxicodependente é... não poder passar um dia sem consumir... não dá mesmo... e quando se consome, não consegues parar, meu,... não podes controlar...” (S7);

“O toxicodependente tem que estar sempre mocado... é uma pessoa que não se dá sem fumar... (S4).

Finalmente, e tendo em linha de conta as 10 categorias de primeira ordem, agregadas em cinco categorias hierarquizadas de segunda ordem, sublinhamos a tonalidade negativa de todas elas, quer em termos específicos, quer em termos mais latos, como está patente na voz de S6, quando diz:

“ pois... ser toxicodependente é algo de muito mau...até se pode dizer que é bastante nefasto em todos os aspetos...”

Apresentadas as categorias centrais e de segunda ordem hierarquizadas, retiramos dos discursos recolhidos que, para o grupo de participantes

toxicodependentes, esta vivência (ser toxicodependente) tem as seguintes dimensões: para além das condições inerentes à própria dependência que estão bem detalhadas, surge também o sentimento de não pertença, com um número de referências idêntico às da anterior. Ser doente e não confiável são temas que caracterizam os discursos de um número mais reduzido de participantes.

4.3.2.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos (GPA)

Quanto a esta segunda questão, que muda o alvo da análise para o a visão dos elementos do GPA face aos consumidores de substâncias ilícitas/toxicodependentes, (resultados detalhados no quadro 129), emerge uma categoria de segunda ordem idêntica à questão anterior – **a doença**, como é perceptível quando o participante S16 refere:

“...é uma pessoa que está a contrair uma doença...”

Apesar de se tratar de uma dependência, mas de uma substância diferente, as categorias centrais nada têm de semelhante com as da questão anterior relativa à forma como os participantes vivenciam a experiência de ser alcoólico. Aos toxicodependentes são reconhecidas várias **condições inerentes à dependência** (categoria hierarquizada de segunda ordem), que agrega categorias de primeira ordem como o **vício** e a **centralidade na substância**. Esta última transparece no discurso de S11 quando diz:

“Oh! É alguém que não sabe viver sem a droga...”

O **roubo** e a **marginalidade** são duas categorias de primeira ordem que espelham a visão de três sujeitos do GPA acerca do que é ser toxicodependente constituindo como categoria hierarquizada de segunda ordem o **ser marginal/delinquente**, referida por três sujeitos e com três referências. Esta perspetiva está patente quando S12 refere:

“São gajos que assaltam tudo em casa para a droga, até levam as portas se puderem, só por causa da droga...”

A comparação dos dependentes de álcool com os elementos dependentes de drogas está presente no discurso dos sujeitos que consideram que a toxicodependência é pior que o alcoolismo (categoria de 1ª ordem), ou então, quando referem que ser toxicodependente é **algo negativo e destrutivo** (categorias de 1ª ordem).

Quadro 129

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 2 com o GPA.

Unidades de conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
– “não sabe viver sem a droga” – “é capaz de fazer tudo para ter a droga”	Centralização na substância (n=2)	Condições de dependência (n=4; ref:5)
– é uma pessoa viciada, – “é como o álcool, é um vício” – “são seres humanos com um vício ruim”	Vício (n=3)	
– “é uma pessoa que está a contrair uma doença” – “é também uma pessoa doente”	Doença (n=2)	
– “que rouba,” – “que assaltam tudo em casa para a droga”	Roubo (n=2)	Marginal/ Delinquente (n=3; ref:3)
– “um gajo marginal”	Marginalidade (n=1)	
– “é preferível ser alcoólico do que ser toxicodependente” – “acho que é mais difícil (que o álcool)”	É pior que o alcoolismo (n=2)	Condição muito negativa (n=2; ref:4)
“é uma coisa muito má,	Algo negativo (n=1)	
– “é apodrecer aos bocados, – “são os que se metem nas drogas”	É destrutivo (n=1)	
		UR ⁶⁰

Esta três categorias de 1ª ordem refletem a perspectiva de três sujeitos (ref:5) do ser toxicodependente como uma **condição muito negativa** (categoria hierarquizada ou de 2ª ordem). O participante S19 é claro neste aspeto quando afirma:

“...é preferível ser alcoólico do que toxicodependente, muito mais preferível...”

Para os elementos que constituem o GPA, as condições inerentes à definição de dependência também caracterizam os toxicodependentes, a quem reconhecem como doente, mas também como marginal e delinquente, numa perspectiva geral predominantemente negativa.

⁶⁰ Unidades Residuais de Significado (UR): Unidades discursivas referidas por apenas um sujeito.

4.3.3. Significados emergentes da questão 3: “Na sua opinião como é que acha que outras pessoas veem um dependente de álcool?”

4.3.3.1. Respostas do grupo de participantes toxicodependentes (GPT)

No que respeita à perspetiva que este grupo de toxicodependentes tem acerca da forma como os Outros, enquanto entidades globais e exteriores, veem um dependente de álcool, encontramos quatro categorias de significado hierarquizadas, ou de segunda ordem: **com um rótulo, negativa mas com condescendência, com desvalorização, e menos discriminados que os toxicodependentes**, (quadro 130).

A primeira destas categorias emergentes reflete a redução a um rótulo, sintetizado nas unidades de significado “alcoólico” e bêbado”, em que o carácter negativo não extrapola estas denominações.

A análise continuada dos conteúdos remete-nos para três categorias centrais ou de primeira ordem – **alvos de pena, pessoas com problemas**, e com **imagem negativa de si** – que optamos por denominar enquanto categoria de segunda ordem como **Forma negativa mas com condescendência** (n= 6; ref:10), pois as unidades de conteúdo deixam transparecer uma avaliação negativa mediada por uma justificação, seja ela o sofrimento pessoal, a perda de rumo, a falta de autoestima, ou ser merecedor de pena... O sujeito S7 expressa algumas destas dimensões nas palavras que usa:

“As pessoas veem um alcoólico, vamos lá a ver... como uma pessoa que sofre... mais, ... como uma pessoa que está perdida...que não tem autoestima... fica sem respeito por si mesma...”

Em paralelo com esta dimensão negativa, mas condescendente, emerge uma outra claramente pautada pela perceção que os toxicodependentes têm da **desvalorização** por parte dos outros em geral face aos alcoólicos (n=6; ref:7). Esta categoria de segunda ordem congrega duas centrais que denominamos **desprezo** e **não confiáveis**, refletindo uma avaliação mais negativa nestas duas dimensões específicas, que transparecem nos seguintes excertos:

“Deixe-me ver... acho que é uma visão de desprezo...acho que sim... mas muitas vezes também é de gozo... gozo mesmo... é mais fácil... ver assim...”
(S5);

“Veem como irresponsável... à primeira vista... logo...” (S2).

Quadro 130

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 3 com o GPT.

Unidades de conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
– “que é um alcoólico” – “é um bêbado” – “dizem logo que é um bêbado”	Alcoólico/Bêbado (n=2)	Com um rótulo (n=2; Ref:3)
– “como um desgraçado,” – “como um pobre pedinte” – “são coitadinhos”	Alvos de pena (n=2)	
– “como uma pessoa desequilibrada” – “com problemas na vida pessoal.” – “que sofre” – “(uma pessoa) que está perdida”	Pessoa com problemas (n=2)	Negativa mas Condescendência (n=5; Ref:10)
– “(uma pessoa) que não tem autoestima” – “sem respeito por si mesma” – “a autoestima vai-se”	Imagem negativa de si (n=2)	
– “é uma pessoa inútil” – “é uma pessoa que não tem valor,” – “São pessoas não gratas” – “é de desprezo” – “gozo”	Desprezo (n=4)	Desvalorização (n=6; Ref:7)
– “irresponsável” – “em que não se pode confiar	Não confiáveis (n=2)	
– “não são tão discriminados como os drogados.” – “só são discriminados quando (...) pegam com os outros” – “Estão mais em grupo” – “O alcoólico acaba por ser aceite, um drogado não”	Comparação com toxicodependentes quanto à discriminação: menor (n=2)	Menos discriminados que os toxicodependentes (n=2; Ref:4)

Finalmente, pensamos ser interessante registrar a emergência de uma categoria de segunda ordem que denominamos **menos discriminados que os toxicodependentes** (n=2; ref:4), em que a comparação feita por este grupo de toxicodependentes, provavelmente tendo como bússola a sua experiência, e a forma como construíram a sua perspectiva da visão dos outros, se sustenta em unidades de conteúdo como aquelas que compõem o discurso do participante S9, quando refere:

“(Os alcoólicos) não são tão discriminados como os drogados... nem nada que se pareça... só são discriminados quando desatinam e pegam uns com os outros... aí sim... mas eles estão mais em grupo... é mais fácil... é tudo mais junto...” (S9)

Assim, a organização hierárquica das unidades de significado permitiu encontrar duas categorias de segunda ordem predominantes, que deixam transparecer que, para este grupo de participantes toxicodependentes, os Outros têm acerca do dependente de álcool/alcoólico uma visão negativa, ainda que condescendente, e desvalorizada. O peso da atribuição de um rótulo também se verifica num número menor de excertos, bem como a referência a uma menor discriminação do que aquela que acontece com os toxicodependentes.

4.3.3.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos (GPA)

A terceira questão “Na sua opinião como é que acha que outras pessoas veem um dependente de álcool?” centrou-se na percepção que os Outros têm do alcoólico, evidenciadas pelos participantes deste grupo de dependentes de álcool, criando um espaço para que os sujeitos expressassem a sua opinião acerca da forma como a sociedade olha para aqueles que têm um problema idêntico ao seu (quadro 131).

Nas respostas a esta questão, o **desrespeito** surge como categoria de segunda ordem quase unânime, que agregou respostas de sete sujeitos com 10 referências. Esta emerge de três categorias de primeira ordem que são: - o **desprezo**, transparente no discurso de S11 quando diz taxativamente:

“...desprezam-nos...”

- a **crítica** negativa por parte dos outros e o facto de serem **alvo de gozo**, que transparece nas vozes de S21 refere:

“...as pessoas gozam com os alcoólicos.”

A experiência pessoal acerca da forma dos outros olharem para estas pessoas é vivida sempre pela negativa, e está presente nas seguintes categorias hierarquizadas de segunda ordem: tanto quando os dependentes de álcool consideram que os outros os vêem de **forma negativa sem especificarem** (n=3; ref:3), como quando consideram que os outros os veem ou os olham de **forma negativa mas com condescendência** (n=3; ref:5).

Esta percepção está presente nos seguintes exemplos:

“...vêm que é péssimo... que são pessoas destruídas, com a família destruída.”(S20)

“Umam pessoas têm pena, outras falam mal, acham que se é alcoólico é porque teve algum problema” (S13)

Quadro 131

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 3 com o GPA.

Unidades de conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
– “desprezam-nos” – “põem-no a um canto” – “perdem o respeito pela pessoa” – “lixo”	Com desprezo (n=3)	
– “falam mal” – “criticam” – “condenam” – “pensam e dizem que é um borrachão”	Com crítica (n=3)	Desrespeito (n=7; ref:10)
– “pessoas gozam com os alcoólicos” – “fazem brincadeiras que por vezes acabam mal”	Alvo de gozo (n=2)	
– “reagem muito mal” – “vêm como um gajo diferente” – “é péssimo”	De forma negativa sem especificar (n=3)	De forma negativa sem especificar (n=3; ref:3)
– “são pessoas destruídas” – “com família destruída”	Destruídos (n=1)	
– “acham que se é alcoólico é porque teve algum problema” – “têm pena”	Como pessoas com problemas (n=1) Alvo de pena (n=1)	Condescendência (n=2; ref:3)
– “é um gajo sem tino”	Desorientados (n=1)	

Sintetizando, quando questionados sobre a forma como os Outros olham para quem é dependente de álcool/alcoólico, este grupo de participantes apresenta três categorias que, da mais lata (veem de forma negativa, sem especificar) até às mais específicas (veem de forma negativa mas com condescendência e desrespeito) têm um cariz predominantemente negativo.

4.3.4. Significados emergentes da questão 4: “Na sua opinião como é que acha que as outras pessoas veem um toxicodependente?”

4.3.4.1. Respostas do grupo de participantes toxicodependentes (GPT)

Retomando a perspectiva dos Outros, desta vez sobre o toxicodependente” (quadro 132), nas respostas à questão quatro surgem duas categorias de segunda ordem

predominantes - **criminosos** e **excluídos** - enquanto congregadoras de unidades de conteúdo referidas por grande parte dos elementos da amostra.

A primeira, **criminosos**, organiza-se com base nas categorias **ladrões, violentos e assassinos** (8 sujeitos, com 9 referências), como está refletido na voz de S5:

“Como veem um toxicodependente??(ri)... são os que roubam...claro... são os maus da fita... são até... à falta de melhor... os que matam...”

Quadro 132

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 4 com o GPT.

Unidades de conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
– “vão sempre (...) ou roubar, ou mentir.”	Ladrões (n=5)	Criminosos (n=5; ref:9)
– “um ladrão”		
– “os que roubam,”		
– “um gatuno”		
– “estarem associados a assaltos,		
– “os maus da fita,”	Violentos (n=2)	
– “associados ao crime”		
– “associados à violência,”		
– “os que (...) matam”	Assassinos (n=1)	
– “é uma pessoa que está marginalizada”	Apartados da sociedade (n=4)	Excluídos (n=7; ref:9)
– “são o aparte da sociedade”		
– “são afastados da sociedade”		
– “nefastos da sociedade”		
– “têm nojo dos toxicodependentes”		
– “um vagabundo”	Problemáticos (n=3)	
– “delinquente”		
– “vão sempre criar problemas na vida das pessoas.”		
– “com desconfiança”	Rotulados (n=2)	Descriminados (n=4; ref:4)
– “dizem que é um drogado”		
– “como um drogadito”	Desvalorizados (n=2)	
– “é mais mal tratado”		
– “não são considerados doentes”	Não trabalham (n=2)	Limitados física psicológica e socialmente (n=3; ref:4)
– “uma pessoa que não trabalha..”		
– “é uma pessoa que (...) não tem emprego”	Doentes (n=2)	
– “uma pessoa desequilibrada.”		
– “pensam que é um doente”	Centralização em si próprio (n=1)	Centralização em si e no consumo (n=3; ref:7)
– “alguém que só pensa em si próprio”		
– “alguém que só pensa no seu próprio prazer”		
– “não sente nada pelas outras pessoas”		
– “torna-se egoísta	Centralização no consumo (n=2)	
– “só pensa em consumir,”		
– “a vida deles torna-se aquilo”		
– “um kitado”		

A segunda, **excluídos** (7 sujeitos com 9 referências), reúne a categoria **apartados da sociedade**, construída com base nos conteúdos de afastamento, marginalização, e de percepção do toxicodependente como não pertencente às redes banalizadas de socialização (nefastos, provocadores de nojo, vagabundos..) patente por exemplo no discurso de S9 –

“...quando olham pra eles ... são afastados da sociedade, na boa... logo...Têm nojo deles... logo...”

- e reúne ainda a categoria **Problemáticos**, onde a apreciação do toxicodependente assume contornos mais definidos e associados ao surgimento de potenciais problemas, sejam em sentido lato, originando desconfiança prévia, sejam vinculados à percepção da sua dimensão de “delinquente”.

As restantes unidades de significado permitiram ainda encontrar como centrais as categorias **rotulados** e **desvalorizados** (que constituem a categoria de 2ª ordem **discriminados**) que pensamos evidenciarem conteúdos que justificam a não integração na categoria “excluídos”, pois o carácter de afastamento não é de todo visível, dando lugar a uma condição de desfavor, como podemos constatar nas expressões que se seguem:

“Como um drogadito...” (S10); “é mais maltratado” (S3); “não são considerados doentes” (S6).

Próxima destas condições estará a categoria de segunda ordem **limitado física, psicológica e socialmente**, mas refletindo um carácter mais centrado na falta de recursos por parte do toxicodependente em termos sociais e pessoais. Tal como refere S1:

“ ...além disso... é uma pessoa que não trabalha... e é muito visto como uma pessoa desequilibrada... “.

A **condição de doente** integra igualmente, como categoria de primeira ordem, a categoria hierarquizada de segunda ordem **limitado física, psicológica e socialmente**.

Finalmente, e ainda em relação à questão quatro, destacou-se um conjunto de sete referências, feitas por três dos sujeitos participantes que resultaram na categoria de segunda ordem **centralização em si e no seu consumo**. As categorias de primeira ordem que lhe deram origem foram duas. A primeira, refletindo a percepção dos Outros

acerca do toxicodependente como exclusivamente focado em si próprio e transparente, por exemplo, no discurso recursivo do participante S7 quando exprime -

“É alguém que só pensa em si próprio... alguém que só pensa no seu próprio prazer... o tempo passa e não sente nada pelas outras pessoas... por ninguém...é assim... torna-se egoísta...”

– foi por nós denominada como **centrado em si próprio**; a segunda, que nomeamos **centrado no consumo**, dá conta da saliência que o consumo assume, na perceção dos outros acerca do ser toxicodependente. Esta dimensão está na voz de S2 quando responde *“(é uma pessoa) que só pensa em consumir... a vida deles torna-se aquilo”*, e o que decorre desse consumo é a transformação do consumidor, a ponto de ser visto como *“um Kitado”* (nas palavras de S10), à semelhança do que acontece com um automóvel, que de tão transformado que foi, se torna difícil reconhecer o original.

Em suma, de acordo com este grupo de toxicodependentes a visão que os Outros têm dos seus “pares” dependentes de substâncias ilícitas é discriminativa, exclusiva, perspetivando-os como criminosos, surgindo ainda que com menor frequência o reconhecimento de limitações várias, e a focalização em si e no seu consumo.

4.3.4.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos (GPA)

A quarta questão propunha ao GPA idêntico exercício de perceber a visão dos Outros mas tendo como foco o toxicodependente/dependente de substâncias ilícitas (resultados sintetizados no quadro 133).

Se por um lado surgem perceções que comparam qualitativamente os alcoólicos e toxicodependentes, considerando que os Outros veem os últimos **da mesma forma ou pior que um alcoólico** (categoria de 2ª ordem; n=4; ref:5), como é perceptível quando S11 refere -

“Bem, eu acho que é mais ou menos igual aos alcoólicos, ou se calhar até pior. Não! acho que pior”

- por outro lado emerge a noção de que os Outros, e possivelmente eles próprios, veem os toxicodependentes como pessoas **excluídas** (n=3; ref:3) que enquanto categoria de segunda ordem agrega a **rejeição** e o **medo** (categorias de 1ª ordem).

Quadro 133

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 4 com o GPA.

Unidades de conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
– “igual aos alcoólicos,” – “é igual ao álcool”	Da mesma forma que um alcoólico (n=2)	Da mesma forma ou pior que um alcoólico (n=4; ref:5)
– “ou até pior (que os alcoólicos)” – “pior (que os alcoólicos)” – “é péssimo, pior que os alcoólicos”	Pior que os alcoólicos (n=3)	
– “dizem que é um drogado que rouba (...) só para a droga” – “ligam logo a roubos...”	Roubam (n=2)	Delinquentes (n=3; ref:3)
– “Fazem com que as crianças também entrem no mundo da droga”	Influência negativa nas crianças (n=1)	
– “não trabalham” – “não trabalham”	Não trabalha (n=2)	Sem valor para a sociedade (n=5; ref:7)
– “é um desgraçado” – “um desgraçado” – “um perdido no mundo” – “um vagabundo” – “pessoas têm pena”	Miserável (n=4)	
– “é apontado como um zero à esquerda na sociedade” – “se não houvesse não fazia falta”	Desqualificação (n=1)	
– “rejeitam-nos” – “falam mal”	Rejeição (n=2)	
– “as pessoas têm medo de fazer ligações a eles”	Medo (n=1)	
		Excluídos (n=3; ref:3)

Paralelamente transparece de vários excertos recolhidos junto dos elementos do GPA, a visão dos Outros acerca dos toxicodependentes como tendo comportamentos associados à **delinquência**, que se constitui como categoria de segunda ordem, patente nos discursos de três sujeitos e que são sustentadas nas categorias centrais **roubam** e exercem **influência negativa nas crianças**. Acresce-se que, para cerca de metade dos elementos do PGA, os outros olham o dependente de substâncias ilícitas como pessoas que **não têm valor para a sociedade** (n=5; ref:9), resultando esta última categoria de segunda ordem da hierarquização das categorias centrais **desqualificação**, **não trabalha** e **miserável**.

Estes significados que os participantes alcoólicos atribuem à forma dos Outros verem um toxicodependente estão presentes nos exemplos seguintes:

“Um drogado é apontado como um zero à esquerda na sociedade... dizem que se não houvesse não fazia falta. ... para eles fazem com que as crianças também entrem no mundo da droga” (S14)

“As pessoas falam mal, dizem que é um drogado que rouba isto, rouba aquilo só para a droga, gastam tudo, não trabalham, olhe... é um desgraçado!” (S12)

Assim, este grupo de participantes alcoólicos considera que a visão dos Outros acerca do toxicodependente é igualmente negativa ou ainda pior que a visão que têm dos alcoólicos, ressaltando a associação à delinquência, à exclusão, e reconhecendo-os como sem valor para o todo social.

4.3.5. Significados emergentes da questão 5: “O que é para si a SIDA?”

4.3.5.1. Respostas do grupo de participantes toxicodependentes (GPT)

Esta questão implicou uma mudança de temática pois visava explorar que significados eram construídos por estes sujeitos em relação à SIDA (quadro 134). Na recolha das várias unidades de conteúdo encontramos quatro categorias de 1ª ordem que se justapõem: **doença grave** (n=3; ref:3), **doença contagiosa** (n=1; ref:2), **doença crónica** (n=4; ref:4) e **doença mortal** (n=1; ref:2). Consideramos serem categorias justapostas mais do que sobrepostas pois apenas um participante (S10) produziu unidades de conteúdo que se inscreveram em duas categorias, tendo os restantes 9 apresentado unidades de significado para apenas uma categoria. Desta conjugação resultou a categoria hierarquizada de segunda ordem **doença grave, contagiosa, crónica e mortal** (n=9; ref:11). a **discriminação** (n=4; ref:6) surge como categoria hierarquizada de segunda ordem, resultando da agregação da **discriminação efetiva** (n=2; ref: 4), e a **justificação para a não discriminação** (n=2, ref: 2).

Como exemplo da primeira encontramos o discurso de S1 que defende:

“É um rótulo na vida... fica... e por isso as pessoas são julgadas, são distanciadas... já se sabe como as pessoas são...”;

Como exemplo da segunda, registamos a contribuição de S9 que refere:

“Os doentes com sida são como outros quaisquer.”

Quadro 134

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 5 com o GPT.

Unidades de conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
– “doença muito grave”	Doença grave (n=3)	Doença grave, contagiosa, crónica e mortal (n=7; ref:11)
– “doença muito grave”		
– “é algo de muito grave”		
– “é uma doença contagiosa”	Doença contagiosa (n=1)	
– “(doença) que se pega”		
– “Já não se morre”	Doença incurável (n=4)	
– “é uma doença incurável”		
– “é uma doença crónica.”		
– “doença, atualmente incurável”		
– “é uma doença até à morte.”	Doença mortal (n=1)	
– “uma doença que mata”		
– “ tem-se uma vida limitada”	Sofrimento progressivo (n=2)	Sofrimento progressivo (n=2; ref:3)
– “(doença) que vai deteriorando ao longo dos anos”		
– “sofrimento longo”		
– “ rótulo na vida.”	Descriminação Efetiva (n=2)	Descriminação (n=3; ref:6)
– “as pessoas são julgadas”		
– “(as pessoas) são distanciadas”		
– “o <i>discriminamento</i> das pessoas com sida é injusto”		
– “é doença que veio afetar muita gente inocente	Justificação para a não discriminação (n=2)	
– “ doentes com sida são como outros quaisquer”		
– “o preservativo devia ser obrigatório”	Doença de transmissão sexual (n=3)	Doença de transmissão sexual (n=3; ref:4)
– “(acontece a) quem tem parceiros extra conjugais”		
– “é um flagelo em termos sexuais		
– (doença) que se pega através (...) de relações sexuais”		
– “uma doença recente”	UR	
– “é um vírus”		
– “não sei se foi de propósito ou se apareceu”		
– “que toda a gente devia ter certos cuidados”		

A SIDA como **doença de transmissão sexual** (n=3; ref:4) enquanto categoria de segunda ordem releva de unidades de significado geral como as que se encontram na descrição de S2 (“ É um flagelo sexual... nunca se viu tal...”) bem como de unidades mais específicas, como as patentes na expressão de S9:

“...o preservativo devia ser obrigatório porque é uma doença que acontece a quem tem parceiros extraconjugais... devia mesmo...”

Finalmente há que salientar a categoria hierarquizada de segunda ordem **sofrimento progressivo** (n=2; ref:3), em que a constatação da progressão da doença com sofrimento é assinalada, por exemplo, pelo participante S7, quando expressa:

“ É um raio de uma doença que vai deteriorando ao longo dos anos... o pior é que é um sofrimento longo...”

Temos, pois, por parte deste grupo de toxicodependentes, a consciência de estar perante uma doença grave, contagiosa, crónica e mortal, com um efeito discriminatório reconhecido, em que a via de transmissão sexual é relativamente assinalada, bem como o sofrimento progressivo que a doença acarreta.

4.3.5.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos (GPA)

Para esta quinta questão (dados sintetizados no quadro 135) a noção de que a SIDA é uma doença foi consensual para todos os sujeitos com a exceção de um participante que não conseguiu apresentar uma resposta explícita alegando:

“Bem, ... eu não sei explicar o que é.... porque nunca tive.” (S18)

Quadro 135

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 5 com o GPA.

Unidades de conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
– “é uma doença que não tem cura” – “é uma doença que nunca mais tem cura” – “é uma doença que não tem cura”	Doença incurável (n=3)	Doença grave, incurável, contagiosa e mortal (n=6; ref:9)
– “é a morte,” – “é uma doença que leva à morte.” – “Penso que em 100, 80 morrem” – “é uma doença mortal”	Doença mortal (n=4)	
– “pode-se pegar” – “é um vírus <i>contaminoso</i> ”	Doença contagiosa (n=2)	
– “é perigosa” – “é uma doença muito grave” – é uma doença muito má”	Doença muito grave sem especificação (n=3)	
– “pessoas começam a ficar doentes com o passar do tempo” – “antes da morte leva muita gente ao desespero”	Sufrimento progressivo (n=2)	
– “é uma doença que pode ser curável, ou pode atenuar” – “não sei explicar porque nunca tive”		UR

Da análise dos discursos recolhidos, sobressaem duas categorias hierarquizadas de segunda ordem, ambas referentes à SIDA como uma doença. A primeira sublinha o carácter incurável, grave, contagioso e mortal da doença conjugando as respostas de seis pessoas e com nove referências. A segunda sublinha que se trata de uma doença evolutiva e de sofrimento progressivo. Estas dimensões são perceptíveis nos seguintes exemplos:

“Ui, é uma doença que nunca mais tem cura, olhe é a morte, e é perigosa porque pode-se pegar” (S12)

“A SIDA?... A SIDA é uma doença que não tem cura, não tem mesmo... e as pessoas começam a ficar doentes com o passar do tempo” (S20)

Sintetizadas as respostas deste grupo, podemos assinalar que os participantes alcoólicos consideram a SIDA como uma doença incurável, evolutiva, contagiosa e mortal, tendo um número menos relevante de sujeitos (três) assinalado a sua gravidade.

4.3.6. Significados emergentes da questão 6: “Na sua opinião o que são comportamentos de risco?”

4.3.6.1. Respostas do grupo de participantes toxicodependentes (GPT)

Quando colocados perante a questão seis, os elementos do GPT apresentam as suas respostas categorizadas em três categorias hierarquizadas de segunda ordem: **prática de sexo desprotegido, troca de fluidos corporais, e negligência** (quadro 136).

Apenas encontramos uma unidade de conteúdo que configurava uma definição lata de comportamento de risco (incluídas na categoria central **Incumprimento**) sendo as restantes exemplos comportamentais, por vezes singulares, por vezes múltiplos, como está refletido no discurso de S9 –

“...vamos lá... é partilha de seringas ...é fazer sexo sem preservativo com pessoas inseguras...isto é, bem... pessoas que não conhecemos....”

Na categoria de segunda ordem **prática de sexo desprotegido**, as unidades de significado dos 6 participantes dividem-se em duas categorias centrais – dá exemplo de

sexo sem preservativo e dá exemplo de sexo sem preservativo e acresce parceiros desconhecidos.

A primeira é composta por unidades curtas que se reduzem à expressão “relações sem preservativo” (participantes S4, S5, S10), a segunda por unidades mais descritivas, como está patente nas vozes de S9 e S8 respetivamente:

“...é fazer sexo sem preservativo com pessoas inseguras...isto é, bem... pessoas que não conhecemos....”

“...é ter relações sexuais sem preservativo com desconhecidos... muitos”

Quadro 136

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 6 com o GPT.

Unidades de conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
<ul style="list-style-type: none"> – “ter relações sexuais sem preservativo” – “ter relações sexuais sem preservativo” – “fazer sexo sem preservativo” – “ter relações sem preservativo” 	Dá exemplo de sexo sem preservativo (n=4)	Prática de sexo desprotegido (n=6; ref:6)
<ul style="list-style-type: none"> – “ter relações sexuais sem preservativos com desconhecidos (...) muitas” – “sexo sem preservativo com pessoas inseguras, (...) que desconhecemos” 	Dá exemplo de sexo sem preservativo e acresce parceiros desconhecidos (n=2)	
<ul style="list-style-type: none"> – “partilhar material de injeção” – “trocar seringas, agulhas” – “partilha de seringas” – “trocar material de injeção” 	Dá exemplo de partilha de material de injeção (n=4)	Troca de fluidos corporais (n=5; ref:6)
<ul style="list-style-type: none"> – “tudo o que seja troca de sangue e de fluidos” – “cuidado com o sangue, partilha de sangue” 	Dá exemplo de contaminação por fluidos corporais (n=2)	
<ul style="list-style-type: none"> – “não respeitar uma série de regras que evitam uma doença, um acidente” – “ser irresponsável” – “estar em ambientes que não devia estar” – “não ter amor à vida” 	Incumprimento (n=1) Descuido (n=2)	Negligência (n=3; ref:4)
<ul style="list-style-type: none"> – “é grave, mas é uma coisa que se pode controlar. – “deveria haver mais honestidade e informação” 	Sem definição (n=1; ref:2)	

Também a categoria de segunda ordem **troca de fluidos corporais** (n= 6; ref: 6), tem na sua origem duas categorias centrais - **dá exemplo de partilha de material de injeção** e **dá exemplo de contaminação por fluidos corporais** - igualmente sustentadas em comportamentos específicos. No primeiro caso as unidades de conteúdo

estão todas associadas à partilha de material de injeção, em sentido lato, e em sentido detalhado, como exemplificado no discurso de S7:

“... é trocar seringas, agulhas...”

No segundo caso, na categoria central **dá exemplo de contaminação por fluidos corporais**, as unidades deixam de estar associadas aos materiais, mas aos fluidos corporais, enquanto forma de transmissão igualmente a considerar, como referem os dois participantes, cujos discursos passamos a transcrever:

“...é tudo o que o que seja troca de sangue e de fluidos... tudo.” (S7)

“...cuidado com o sangue... (com) a partilha de sangue.” (S9)

Finalmente, a categoria **negligência** (n=3; ref:4) contempla as participações dos sujeitos S1, S2, e S3, que não tiveram qualquer contributo em termos de unidades de significado a serem incluídas nas categorias anteriores. É construída com base na categoria central **incumprimento**, representada por apenas uma unidade de significado, sustentada na participação do sujeito S3 quando refere –

“Comportamento de risco...é não respeitar uma série de regras que evitam uma doença, um acidente, acho eu...”

- e pela categoria central **descuido**, em que os conteúdos, mais uma vez assumem o formato de exemplos específicos:

“É estar em ambientes que não devia estar....” (S1)

“É ser irresponsável... é o mesmo que não ter amor à vida...” (S2)

Em resumo, para os elementos que constituem este grupo, os comportamentos de risco são associados predominantemente à prática de sexo desprotegido e à troca de fluidos corporais, e, embora com menos relevância, são conotados com negligência.

4.3.6.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos (GPA)

Na sexta questão os participantes tiveram oportunidade de se expressar sobre o que para eles constituíam comportamentos de risco (resultados esquematizados no quadro 137). Sem especificarmos o tipo de risco a que nos referíamos, não foi claro para a maioria dos participantes, mesmo enquadrado na continuidade da entrevista, que se tratavam de comportamentos de risco para a infeção do VIH/SIDA. A questão aberta e

não específica pretendia isso mesmo, explorar o significado de comportamentos de risco nas várias dimensões que a subjetividade permite.

Quadro 137

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 6 com o GPA.

Unidades de conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
<ul style="list-style-type: none"> – “...ações que um gajo faça sem prever o que vai acontecer” – “temos de ter mais cuidado e olhar por nós” 	Definição global que contempla prevenção (n=2)	Definição global que contempla prevenção (n=2; ref:2)
<ul style="list-style-type: none"> – “as pessoas terem relações sob o efeito de drogas ou álcool” – “são tantos (...) conduzir com álcool...” – “é uma pessoa beber demais (risco não é para o VIH mas para a cirrose)” 	Álcool como fator de risco (n=3)	Álcool como fator de risco (n=3; ref:3)
<ul style="list-style-type: none"> – “é fazer sexo sem preservativo” – “fazer sexo sem proteção” – “não usar preservativo” – “é não usar preservativo” 	Dá exemplo Sexo desprotegido como fator de risco (n=4)	
<ul style="list-style-type: none"> – “é uma pessoa trocar agulhas” 	Dá exemplo de toca de seringas (n=1)	Comportamentos de risco efetivos ou realistas para o VIH/SIDA (n=6; ref:9)
<ul style="list-style-type: none"> – “através do sangue” – “através de encostamento de sangue” 	Dá exemplo Contaminação pelo sangue (n=2)	
<ul style="list-style-type: none"> – “é trocar de parceiro muitas vezes” 	Múltiplos parceiros (n=1)	
<ul style="list-style-type: none"> – “recorrer a prostitutas” 	Recorrer prostituição (n=1)	
<ul style="list-style-type: none"> – “espirros,” – “tosse” 	Dá exemplo de Contaminação pelo ar (n=1)	
<ul style="list-style-type: none"> – “partilhar comida,” – “beber do mesmo copo” 	Dá exemplo Contaminação por alimentos (n=1)	Comportamentos de risco irrealistas para o VIH/SIDA (n=4; ref:7)
<ul style="list-style-type: none"> – “não usar a mesma toalha do banho e os materiais que usam na casa de banho” – “ir à sanita” 	Dá exemplo Contaminação por partilha de objetos (n=1)	
<ul style="list-style-type: none"> – “falta de informação se a pessoa esta infetada” 	Desconhecimento do seroestatuto (n=1)	

Na análise dos discursos recolhidos conseguimos encontrar uma **definição de comportamentos de risco global que contemplava a prevenção** (n=2; ref:2) e que se

constitui como categoria hierarquizada de segunda ordem. O participante S15 reflete muito bem esta perspetiva quando refere:

“Os comportamentos de risco são ações que um gajo faça sem prever o que vai acontecer.”

Para além desta categoria de segunda ordem encontramos três outras: **álcool como fator de risco**, que reflete conteúdos como os que transparecem da voz de S16, quando refere -

“Isso é uma pessoa beber demais, depois fica com o fígado todo estragado.”

- e as categorias **comportamentos de risco efetivos ou realistas para o VIH/SIDA** (n=6; ref:9) refletindo exemplos adequados e reconhecidos como facilitadores da infeção por VIH, e **comportamentos de risco irrealistas para o VIH/SIDA**, refletindo práticas associadas a falsos conceitos ou ideias erróneas sobre a contaminação.

Estas últimas categorias de segunda ordem têm na sua origem unidades de conteúdos que constituíam exemplos de comportamentos que os elementos consideravam constituir um risco para a saúde, e que resultaram nas seguintes categorias centrais: **exemplos de sexo desprotegido como fator de risco, referencia de múltiplos parceiros, utilização dos serviços de prostituição**, aos quais se acrescem os exemplos da **troca de seringas** e de **contaminação pelo sangue**, num total de 5 categorias centrais ou de primeira ordem que se hierarquizam na categoria de 2ª ordem “comportamentos de risco realistas ou efetivos para o VIH/SIDA”. Os discursos dos participantes que se constroem com base na exemplificação mais do que numa definição podem ser representados nos excertos que se seguem:

“...é fazer sexo sem preservativo”(S14)

“...é uma pessoa trocar agulhas” (S20)

“...através do sangue.” (S12)

A categoria **comportamentos de risco irrealistas para o VIH/SIDA** agrega as categorias de 1ª ordem que exemplificam a contaminação por alimentos, a contaminação por partilha de objetos e o desconhecimento do seroestatuto do parceiro e, como já foi referido, foram assim por nós denominadas dada a impossibilidade de se constituírem como forma efetiva de transmissão do vírus, acabando por refletir falsos

conceitos ou “desinformação” relativa a esta temática. Exemplo de trechos com estas temáticas são, por exemplo, os seguintes:

“é ir à sanita... é não usar a mesma toalha de banho e os materiais que se usam na casa de banho...” (S13)

“...ter falta de informação se a pessoa está infetada...” (S20)

Na sumarização da análise realizada sobre os discursos dos participantes relativamente aos comportamentos de risco, predominam os exemplos concretos, mais do que as definições abrangentes, e de entre os comportamentos elencados por este grupo como sendo de risco, há uma produção relativamente equilibrada de registos de práticas que são efetivamente promotoras da infeção, a par de outras que são erradamente consideradas como tal. A associação do álcool aos comportamentos de risco é feita por 3 dos participantes, numa descrição diversificada.

4.3.7. Significados emergentes da questão 7: “Acha que existe alguma relação entre consumo de álcool e o risco de ser infetado pelo VIH/SIDA?”

4.3.7.1. Respostas do grupo de participantes toxicodependentes (GPT)

Com a sétima questão pretendíamos aprofundar se os elementos dos dois grupos consideravam haver associação entre o consumo de álcool e o risco de infeção pelo VIH/SIDA.

As respostas obtidas nesta questão pelo GPT, e cujos resultados estão detalhados no quadro 138, dão conta de que 6 dos elementos da amostra respondem que acham que não. Destes, apenas o elemento S7 acresce:

“ Não... é o mesmo risco que qualquer outra pessoa tem”.

As restantes respostas organizam-se em duas categorias de segunda ordem: **a associação do álcool a comportamentos de risco sem especificar**, e **a associação do álcool a alterações da capacidade crítica**.

Na **associação do álcool a comportamentos de risco sem especificar** (n=3; ref.3) encontramos dois sujeitos cujos discursos são afirmativos, mas redutores à confirmação dessa associação, constituindo a categoria central **associa a**

comportamentos de risco. A segunda categoria central é mais específica, pois a associação é feita diretamente à ocorrência de comportamentos excessivos, como podemos verificar pelo exemplo apresentado pelo participante S3, quando afirma:

“sim, porque o álcool leva a comportamentos excessivos...”

Quadro 138

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 7 com o GPT.

Unidades de conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
– “o mesmo risco que qualquer outra pessoa tem”	Não sem especificação (n=1)	Não há associação (n=6; ref:6)
– “não”	Não sem especificação (n=5)	
– “sim (...) mais sujeitas a comportamentos de risco” – “sim, pode ter comportamentos de risco”	Associa a comportamentos de risco (n=2)	Associação do álcool a comp. de risco sem especificar (n=3; ref:3)
– “sim, porque o álcool leva a comportamentos excessivos”	Associa a comportamentos excessivos (n=1)	
– “(sim) pode levar a relações sexuais sem pensar” – “sim, porque uma pessoa que está alcoolizada não pensa normal” – “sim, (...) faz com que as pessoas fiquem mais desinibidas e desatentas”	Associação do álcool a alterações da capacidade crítica (n=3)	Associação do álcool a alterações da capacidade crítica (n=3; ref:3)

Para finalizar, a categoria hierarquizada de segunda ordem que reflete a associação do álcool a alterações do pensamento e do comportamento, sem que todavia haja uma ligação explícita à vulnerabilidade de ser infectado pelo VIH, que foi por nós denominada de **associação do álcool a alterações da capacidade crítica**, congrega as vozes de três sujeitos. Como pode ser perceptível no discurso do elemento S5, quando refere:

“...sim, porque uma pessoa que está alcoolizada não pensa normal”

Sumariamente, podemos inferir desta hierarquização de categorias que a maior parte dos elementos desta amostra reconhecem, ou de forma vaga, ou associando o risco à diminuição da capacidade crítica, uma ligação entre consumo de álcool e o risco de ser infectado pelo VIH/SIDA.

4.3.7.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos (GPA)

Da análise das várias componentes dos discursos surgem três categorias hierarquizadas de segunda ordem, sendo a primeira congregadora das opiniões de que **não há associação** entre o consumo de álcool e o risco de infeção pelo VIH/SIDA (n=4; ref:4). As categorias centrais **não, sem explicação**, e **não com exceção**, constituem-se de unidades de significado sumárias e sem justificação (quadro 139). Os participantes S12 e S14 são explícitos quanto à inexistência da acima referida associação quando referem:

“Beber e ficar com a sida? (sorri) não, não tem nada a ver...” (S12)

“Não...não é possível... é preciso que tivessem um drogado à beira...” (S14)

Enquanto uns consideram não haver relação entre álcool e risco de infeção pelo VIH/SIDA, outros assumem existir uma **associação direta entre intoxicação por álcool e risco** (categoria de segunda ordem), sustentada nas categorias **associação do álcool ao risco em geral** e **associações do álcool a situações específicas** (categorias centrais ou de 1ª ordem), como podemos testemunhar quando S18 afirma:

“Ah! Sim, sim, se uma pessoa beber e fumar têm relação com a sida”

Contudo, a relação entre consumo de álcool e o risco específico para o VIH/SIDA também surge nas vozes de alguns participantes que consideram **o álcool como fator de vulnerabilidade física que potencia o risco de infeção pelo VIH/SIDA** (n=2; ref:6).

Esta categoria hierarquizada de segunda ordem agrega duas categorias de primeira ordem: uma que coloca o **álcool como fator de enfraquecimento** da saúde, outra em que o **álcool é associado a outras doenças que fragilizam o sujeito para a infeção pelo VIH/SIDA**, como podemos verificar nos seguintes excertos:

“Acho que sim, o álcool tira o apetite, não se come nada só se bebe (ri) a minha mulher é que ficava f... eu nunca queria comer, e depois fica-se magro e isso puxa a doença.” (S15)

“Sim, através da hepatite. O álcool leva-nos para a hepatite e a hepatite pode levar-nos a apanhar a sida.” (S17)

Quadro 139

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 7 com o GPA.

Unidades de conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
– “não tem nada a ver” – “penso que não” – “Não”	Não, sem explicação (n=3)	Não há associação (n= 4; ref:4)
– “ não, (...) é preciso que tivesse um drogado à beira”	Não, com exceção (n=1)	
– “se a pessoa estiver embriagada pode não se aperceber do risco”	Associação do álcool ao risco em geral (n=1)	Associação direta entre a intoxicação por álcool e o risco (n= 4; ref:4)
– a mulher se estiver alcoolizada pode apanhar o vírus se não usar preservativo” – “sim, (...) tem o risco de apanhar cirrose” – “sim, se uma pessoa beber e fumar têm relação com a sida”	Associação do álcool a situações específicas (n=3)	
– “sim, porque um gajo começa a enfraquecer” – “sim, (...) o álcool tira o apetite,” – “sim, (...) fica-se magro e isso puxa a doença”	Álcool como fator de enfraquecimento (n=1)	
– “sim, através da hepatite.” – “(sim), O álcool leva-nos para a hepatite” – “(sim, ...) a hepatite (...) pode levar-nos a apanhar HIV”	Álcool associado a outras doenças que fragilizam o sujeito para a infeção VIH (n=1)	Álcool como fator de vulnerabilidade física (n= 2; ref: 6)

Temos pois, ao considerar a associação do consumo de álcool ao risco de infeção pelo VIH/SIDA levada a cabo por este grupo de participantes, que sublinhar a constatação de que quatro deles não consideram haver qualquer associação. Quando ela surge, é num formato mais global que relaciona diretamente a intoxicação e o risco, bem como num formato mais específico em que o álcool se configura como agente de enfraquecimento físico, e de vulnerabilização para o surgimento de outras doenças, que por sua vez são relacionadas com a infeção por VIH/SIDA.

4.3.8. Significados emergentes da questão 8: “ E quanto às drogas ilícitas, qual acha que é a relação entre o consumo e o risco de ser infetado pelo VIH/SIDA?”

4.3.8.1. Respostas do grupo de participantes toxicod dependentes (GPT)

A questão oito é semelhante à anterior mas relacionando o consumo de drogas com o risco de infeção pelo VIH/SIDA, e pode-se denominar de clássica, pois muito

precocemente na história da descoberta do VIH/SIDA se constituiu como um fato científico.

Como categorias centrais encontramos a **troca partilha de seringas** e o **risco associado ao ato se injetar**, que em conjunto constituem a primeira das duas categorias secundárias hierarquizadas **associação à prática de injetar** e que dá nota de que o risco se relaciona com a prática global de consumo de substância via endovenosa, no discurso de 10 dos participantes (quadro 140). Esta circunstância está clara na voz de S8, quando afirma:

“...é óbvio que existe maior risco com as pessoas que se injetam...”

O reconhecimento do peso do álcool na alteração da consciência está patente em duas categorias centrais ou de primeira ordem **alteração da consciência aumenta risco de sexo desprotegido** (n=2; ref:3) e **interferência no pensamento em geral** (n=1; ref:1), que congregadas constituem a categoria de segunda ordem **risco associado à alteração da consciência**.

Quadro 140

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 8 com o GPT.

Unidades de conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
<ul style="list-style-type: none"> – “a partilha de objetos injetáveis” – “só se houver seringas” – “só se trocar seringas” – “a troca de agulhas” – “por troca de seringas” – “sim, se partilhar (seringas)” 	<p>Troca partilha de seringas (n=6)</p>	<p>Risco associado à prática de injetar (n=8; ref:10)</p>
<ul style="list-style-type: none"> – “se houver um acidente de alguém se picar” – “há mais risco, quem injeta” – “existe maior risco com as pessoas que se injetam” – “sim, injeção de coca e heroína” 	<p>Risco associado ao ato se injetar (n=4)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> – “pode levar a relações sexuais sem pensar” – “não têm noção de fazer sexo sem preservativo” 	<p>Alt. da consciência aumenta risco de sexo desprotegido (n=2)</p>	<p>Risco associado à alteração da consciência (n=3; ref:3)</p>
<ul style="list-style-type: none"> – “sim, uma pessoa que está alcoolizada não pensa normal” 	<p>Interferência no pensamento em geral (n=1)</p>	
<ul style="list-style-type: none"> – “para arranjar dinheiro... ir para a prostituição” – “porque o álcool leva a comportamentos excessivos” 		<p>UR</p>

As respostas dadas a esta questão oito agrupam-se em duas linhas temáticas, em que o risco se associa ao consumo de substâncias ilícitas apenas quando está em causa a prática de injetar, e face à função alteradora da consciência (leia-se da capacidade crítica) reconhecida àquelas substâncias.

4.3.8.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos (GPA)

Os participantes não tiveram grandes dúvidas em confirmar a existência da associação entre consumo de drogas e risco de contaminação pelo VIH/SIDA, havendo apenas um sujeito a referir um **não** (categoria residual) quanto á associação em questão (quadro 141).

Quadro 141

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 8 com o GPA.

Unidades de conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
– “existe relação porque não sabem o que fazem” – “se a pessoa estiver drogada também não liga ao risco”	Alteração da consciência aumenta o risco global (n=2)	Risco associado à alteração da consciência (n=3; ref:3)
– “sim, porque está drogado e pode-se meter com outra pessoa que tenha a sida e também ficar”	Alteração da consciência aumenta o risco de sexo desprotegido (n=1)	
– “há mais, porque (...) injetam a meias” – “Há porque usam as seringas” – “sim, (...) Trocas de seringas (...) aumentam o risco de HIV” – “se injetarem com a mesma seringa apanham a sida”	Risco associado à partilha de material de injeção (n=4)	Risco associado à partilha de material de injeção (n=4; ref:4)
– “sim, a droga puxa tudo”	Associação à droga (n=1)	Risco associado às substâncias (n=3; ref:3)
– “nas drogas mais pesadas, como a heroína” – “sim, (...) anfetaminas aumentam o risco de HIV”	Associação a substâncias específicas (n=2)	
– “não”		
		U.R

As associações assumidas pelos participantes centraram-se no **risco associado à alteração da consciência** (n=3; ref:3), enquanto categoria hierarquizada ou de segunda ordem, construída a partir das categorias centrais que assinalam esta alteração

relacionada com o **aumento do risco global** ou com o **aumento do risco de sexo desprotegido**. Os dois exemplos que se seguem ilustram estas condições:

“Existe relação porque não sabem o que fazem...” (S11)

“Sim há, porque está drogado e pode meter-se com outra pessoa que tenha a sida e também ficar.” (S12)

O **risco associado à partilha de material de injeção** (n=4; ref:4), configura-se como outra categoria de segunda ordem, construída a partir de unidades de conteúdo centradas nas palavras seringas e associadas á prática de injeção, conteúdos esses transparentes no discurso de S13 quando diz:

“Na droga há mais, porque injetam a meias.”

O **risco associado às substâncias** (n=3; ref:3), é a terceira categoria de segunda ordem, conjugando categorias de primeira ordem que consideram o risco quer **associado à droga** em geral, quer **associado a substâncias específicas**, como podemos verificar quando S17 refere:

“A droga sim, então não! As anfetaminas aumentam o risco de VIH.”

As respostas à questão oito revelam uma associação mais abrangente em que o risco se liga à alteração da consciência provocada pelo consumo, e duas temáticas mais específicas em que a partilha de material de injeção e as substâncias, *per si*, são descritas como componentes da potencial associação entre consumos de drogas ilícitas e o risco de infeção pelo VIH/SIDA.

4.3.9. Significados emergentes da questão 9: “Em termos de informação sobre o VIH/SIDA como é que considera o seu nível de conhecimento?”

4.3.9.1. Respostas do grupo de participantes toxicod dependentes (GPT)

A última questão colocada a este grupo de toxicod dependentes visava saber junto de cada um, em termos de informação sobre o VIH/SIDA como é que considerava o seu nível de conhecimento.

Das respostas analisadas (resultados sintetizados no quadro 142) surgiram três referências que assumiam um nível de conhecimento reduzido (categoria hierarquizada de segunda ordem). Congregamos ainda quatro referências que sinalizavam o seu conhecimento como razoável e três referências que o descreviam como bom, numa unidade de segunda ordem denominada **nível de conhecimento adequado**. Espontaneamente surgiu um grupo de respostas que complementavam a questão original assinalando a fonte dessa mesma informação, que no caso do GPT se cingiu à conversação com outras pessoas, construindo a categoria de segunda ordem **através da conversa com outras pessoas**.

Quadro 142

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 9 com o GPT.

Unidades de conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
– “muito reduzido” – “mau, razoável” – “mal informado”	Nível Reduzido (n=3)	Nível de conhecimento reduzido (n=3; ref:3)
– “bastante atual” – “bom, médio” – bem informado” – “tenho um nível de informação estável”	Nível razoável (n=4)	Nível de conhecimento adequado (n=7; ref:7)
– “razoável, bom” – “razoável” – “razoável”	Bom nível de informação (n=3)	
– “na escola fala-se muito disso” – “li e conversei com pessoas” – “frequente um centro onde se fala sobre essas informações”	Através da conversa com outras pessoas (n=3)	Através da conversa com outras pessoas (n=3; ref:3)

Reconhecendo um nível reduzido de conhecimento, encontramos três sujeitos, e três referências. Os restantes elementos caracterizam o seu conhecimento como razoável ou bom, completando espontaneamente as suas respostas dando conta do contexto em que essa informação foi recolhida, predominantemente através da conversa com outras pessoas.

4.3.9.2. Respostas do grupo de participantes alcoólicos (GPA)

Da análise dos discursos registada, e como podemos verificar no quadro 143, percebe-se que ninguém considera estar completamente desinformado sobre a doença.

No entanto, o **conhecimento indefinido ou reduzido** (n=6; ref:6) é o que mais ecoa das vozes deste sujeitos, enquanto categoria hierarquizada de segunda ordem, como podemos verificar quando S19 refere:

“Ai, sei pouco doutora, e o que sei foi através da televisão naqueles programas que dá à tarde... às vezes falam disso.”

O nível de **conhecimento adequado** verbalizado por quatro participantes (ref:4) conjuga as categorias de primeira ordem relativas ao **conhecimento mediano** e ao **bom conhecimento**.

Para além do enquadramento do seu nível de informação relativo a este tema, a fonte de informação emerge naturalmente dos discursos, revelando que o **conhecimento foi adquirido pela televisão** (n=4; ref:4). Curiosamente, esta foi a única fonte de informação que se revelou com maior consistência dos discursos destes sujeitos. Apenas um referiu que para além da televisão, que obteve informação *“(...) e nos papéis que estão no médico”* (S12).

Quadro 143

Unidades de conteúdo e categorias de 1ª e 2ª ordem obtidas na questão 9 com o GPA.

Unidades de conteúdo	Categorias de 1ª ordem	Categorias de 2ª ordem
– “sei mais ou menos, – “mais ou menos” – “sei alguma coisa,	Indefinido (n=3)	Conhecimento indefinido ou reduzido (n= 6; ref: 6)
– “tenho os mínimos de conhecimento” – “tenho pouco conhecimento” – “sei pouco	Conhecimento reduzido (n=3)	
– “razoável, – “médio” – “médio”	Conhecimento mediano (n=3)	Conhecimento adequado (n= 4; ref: 4)
– “acho que estou bem informado”	Bom conhecimento (n=1)	
– “através da TV” – “vejo na TV” – “o que sei foi através da TV” – “através das notícias na TV”	Conhecimento adquirido pela TV (n=4)	Conhecimento adquirido pela TV (n= 4; ref: 4)
– “nos papéis que estão no médico”		UR

Em jeito de súmula, as respostas obtidas para a questão 9 dão nota de que mais de metade do grupo de participantes considera o seu nível de conhecimento como

indefinido ou reduzido, situando-se os restantes num nível adequado. Espontaneamente cinco participantes fizeram referência à fonte deste conhecimento que foi, em quatro dos casos, adquirido através da televisão.

Após a análise detalhada dos dados transformados, com a construção e consequente comparação das categorias que foram emergindo dos discursos, chegamos ao ponto que nos permite construir o discurso do grupo, sustentado nos significados e experiências destes participantes sobre as temáticas relacionadas com as dependências de substâncias e com o VIH/SIDA.

4.3.10. Discurso do grupo

Na questão 1, referente à forma como os elementos dos dois grupos percebiam o dependente de álcool (“O que significa para si ser um dependente do álcool (alcoólico)?”) apenas encontramos uma temática predominante (categoria de segunda ordem) em comum aos dois grupos de participantes, que é o reconhecimento de que o dependente de álcool/alcoólico é um doente.

No discurso do GPT estão bem patentes as condições que normalmente caracterizam a dependência (perda de controle, necessidade de álcool, etc.), condições essas que no discurso dos elementos do GPA não surgem enquanto tal, havendo apenas uma referência ao estado de intoxicação continuado.

As categorias hierarquizadas de segunda ordem, obtidas a partir dos discursos dos elementos do GPA salientam os danos e perdas que “o ser alcoólico” acarreta, num registo tão importante como irreversível.

Reconhecem (a sua própria) violência, que no discurso do GPT sobre o que para si é ser alcoólico está igualmente presente, mas agregada a categorias de conflito e não confiabilidade que os tornam problemáticos.

Não podemos ficar alheados à complacência/compadecimento que o GPA reconhece no olhar dos Outros, quando os veem como não tendo juízo ou merecedores de pena, o que não surgiu, em qualquer momento, nas vozes do GPT.

A produção, em termos de categorias de segunda ordem, é mais reduzida no GPT, e mais diversificada no GPA, o que poderá ser resultado do facto de estarem a

atribuir significados à sua própria experiência, à partida mais rica, porque mais sustentada.

Já quando a questão colocada aos dois grupos se referia ao modo como veem o toxicodependente/dependente de drogas ilícitas, surgem mais semelhanças do que diferenças nas temáticas que se assumiram como categorias hierarquizadas.

Ser visto como doente, a quem se reconhece várias características da dependência (centralização na substância, vício, etc.), numa imagem predominantemente negativa, são comunalidades nas vozes dos dois grupos, onde apenas destoa ligeiramente a perspectiva do GPT, quando os seus elementos referem a dimensão de serem vistos como não confiáveis, à qual se contrapõe a categoria mais intensa do seu significado, retiradas dos relatos do GPA e que assumiu a dimensão de marginal/delinquente.

Quando ambos os grupos de participantes foram questionados sobre a opinião que os outros teriam sobre o que é ser dependente de álcool/alcoólico, os discursos do GPA apresentam uma temática mais geral, associada a uma visão negativa não explorada, temática esta que não surge nos relatos do GPT.

Por seu lado, estes últimos consideram relevante o peso do rótulo por parte da avaliação dos outros face aos dependentes de álcool, o que não é assinalado pelos elementos do GPA.

Todavia, e em termos de semelhanças, surge em ambos os grupos a categoria de segunda ordem negativa mas condescendente, que se sustenta em diversas justificações apontadas como explicativas do facto de ser alcoólico, embora mais frequente nos participantes toxicodependentes que nos elementos alcoólicos.

Desrespeito (no GPA) e desvalorização (no GPT) são igualmente duas categorias “próximas” e relevantes, em qua a dimensão do desprezo está presente com conteúdos muito semelhantes. As restantes categorias centrais (não confiáveis para os toxicodependentes, e criticados e alvo de gozo para os alcoólicos) determinaram uma agregação final não sobreponível, mas como já referimos próxima.

Parece-nos ser de salientar o contributo do GPT que, através de dois dos seus elementos, procedeu a uma comparação entre a perceção que os outros têm dos alcoólicos e dos toxicodependentes, apontando os primeiros como menos discriminados.

Na questão quatro referente à forma como os outros veem o toxicodependente é o GPA que recorre à comparação: a categoria “veem-nos da mesma forma ou pior que um alcoólico” só surge no discurso fornecido pelos elementos deste grupo.

A visão do toxicodependente como não tendo valor para a sociedade também só assume relevância para o GPA, embora a perspectiva de exclusão esteja patente em ambos os grupos (com maior número de referências no GPT).

A perspectiva do toxicodependente como delinquente referido pelo GPA aproxima-se da avaliação como criminosos registada nos discursos do GPT, e que foi construída com base em categorias centrais de conteúdos mais intensos (violentos e assassinos), para além da nomeação como ladrões, que é comum aos dois grupos.

Parece-nos ser ainda de salientar as temáticas de discriminação, de limitação global, e de centralização em si e no próprio consumo, que apenas emergem dos conteúdos recolhidos no GPT, e que se configuram com atributos feitos pelos outros à figura do toxicodependente/dependente de drogas ilícitas.

Com a mudança de foco proporcionada pela questão cinco, relativa ao significado que a SIDA assumia para os elementos de cada um destes dois grupos (“O que é para si a SIDA?”), a visão da doença como grave, incurável, contagiosa e mortal surge transversal aos dois grupos, bem como o reconhecimento do sofrimento progressivo que a doença comporta.

As diferenças surgem quando apenas os elementos do GPT assinalam a discriminação associado à SIDA (com seis referências), e reforça o cariz de doença de transmissão por via sexual. Pelo contrário, nenhuma destas temáticas foi assinalada pelo GPA.

Quanto à exploração do significado atribuído à noção de comportamento de risco (“Na sua opinião o que são comportamentos de risco?”), foi em grande parte distinta nos dois grupos. O GPT destacou três temáticas predominantes - a negligência, e duas dimensões comportamentais mais específicas: a prática de sexo desprotegido e a troca de fluidos corporais.

Estas duas últimas dimensões comportamentais surgiram igualmente nos relatos do GPA, mas foram agrupados com outros exemplos de comportamentos que se podem considerar de risco efetivo para a contaminação pelo VIH/SIDA.

Neste grupo (GPA) encontramos ainda duas referências que se configuram como definições globais de comportamentos de risco, e três que associam este constructo ao consumo de álcool.

Em contrapartida, estas temáticas não se verificaram no GPT, tal como acontece numa listagem de comportamentos que foi codificada como comportamentos irrealistas para a contaminação pelo VIH/SIDA, denotando possivelmente uma maior frequência de falsos conceitos relacionados com as formas de transmissão por parte do GPA.

Quando está em causa a associação entre álcool e comportamentos de risco (“Acha que existe alguma relação entre consumo de álcool e o risco de ser infetado pelo VIH/SIDA?”), a maior parte dos elementos do GPT não reconhece esta associação (6 sujeitos, contra 4 sujeitos do GPA).

As restantes categorias produzidas a partir dos discursos do GPT associam o álcool a comportamento de risco que não especificam e à alteração da capacidade crítica provocada por esta substância.

No que respeita aos elementos do GPA, encontramos nos seus discursos uma associação direta entre a intoxicação e o risco, bem como entre o álcool e uma maior vulnerabilidade física para outras doenças, que podem funcionar como trampolins para a contaminação pelo VIH/SIDA. Todavia, nenhuma desta temáticas é referida por qualquer participante do GPT.

Retomando a associação entre consumos e risco, mas desta vez tendo em linha de conta o uso de substâncias ilícitas (“E quanto às drogas ilícitas, qual acha que é a relação entre consumo e o risco de ser infetado pelo VIH/SIDA?”), encontramos entre os dois grupos de participantes duas linhas comuns: a associação à prática de injetar e o risco associado à alteração da consciência.

Para além desta duas temáticas (as únicas que se constituem como categoria de segunda ordem no GPT) encontramos no GPA uma outra ligação, feita direta ou indiretamente às substâncias que surgem assim como promotoras do risco *per si*.

Finalmente, a questão nove (“Em termos de informação sobre o VIH/SIDA como é que considera o seu nível de conhecimento?”), permitiu-nos distinguir os dois grupos apenas numa categoria, que surgiu espontânea e complementar ao conteúdo da questão nove, e que está relacionada com a fonte de informação e conseqüente nível de conhecimento sobre o VIH/SIDA.

No GPT a informação surge da conversa com outras pessoas em diferentes contextos, enquanto que no GPA é predominantemente providenciada pela televisão.

Ambos os grupos apresentam elementos com nível de conhecimento reduzido a par de elementos com conhecimento adequado.

4.4. Conclusão

Partindo do significado de ser dependente (de substâncias lícitas e ilícitas) e das representações associadas a um discurso social que sendo exterior, está também muito internalizado, podemos constatar que há uma perspetiva distinta do dependente de álcool e do dependente de drogas ilícitas. Neste campo, a perspetiva do próprio acerca dos dois tipos de dependência, não difere muito da perspetiva da sociedade em geral. Vista sob o olhar de cada um e assumida como a perspetiva do outro, reflete os significados sociais atribuídos ao alcoólico e ao toxicodependente. Aqui, distinguimos claramente o ser “alcoólico” do ser “toxicodependente”. O primeiro, constituído como uma pessoa violenta mas que no entanto é encarado por si e também pelos “outros” com alguma condescendência, enfatizando o cariz social, relacionado com a natureza cultural do consumo de álcool. Ora, se o beber faz parte da nossa herança cultural, o “alcoólico” assume-se como o personagem principal deste legado, sendo provavelmente por isso, desculpado pelo seu comportamento violento, e vivenciando-o de uma forma que reflete a sua inclusão.

Já o ser “toxicodependente” assume uma outra perspetiva de localização social, colocando-se à margem desta. Consideram-se e são considerados excluídos que não têm valor para a sociedade. Revelou-se interessante confrontarmo-nos com estas duas perspetivas tão distintas entre pessoas com uma dependência. A uns, atribuem-se significados relacionados com o próprio ou com o carácter, como é o caso dos alcoólicos. A outros, atribuem-se significados de localização geográfica num sistema social, dando-se menos importância às características individuais. Contudo, foi possivelmente este impacto social do “ser toxicodependente” que ao longo dos últimos anos o discriminou positivamente. Se por um lado, a conotação “toxicodependente” anula a pessoa, o impacto social desta condição proporcionou que a sociedade investisse afincadamente na sua erradicação. Para isso, foram na última década criadas estruturas de apoio e tratamento ao toxicodependente sem precedentes e construíram-se modelos

de intervenção reconhecidos mundialmente como o modelo Português. Para além disso, a associação dos toxicodependentes ao VIH/SIDA aumentou os esforços de controlo da epidemia da SIDA, com a introdução do programa *Klotho* que deteta o VIH/SIDA através de testes rápidos, aconselha e encaminha para serviços especializados no tratamento do VIH/SIDA, de todos os toxicodependentes que frequentam os centros de atendimento.

O curioso nesta análise é verificar que os supostamente excluídos são os que mais recursos sociais absorvem, beneficiando de serviços e respostas não disponíveis para os que supostamente são mais aceites, e estão mais integrados como é o caso dos alcoólicos. Estes, assumindo um papel social mesmo que negativo, como é o caso da violência, acabam por ficar diluídos no sistema social alargado, e sofrer de um esquecimento do verdadeiro impacto deste problema para o próprio e para a sociedade.

A utilização dos serviços e as diferentes estratégias usadas para a intervenção nestas duas dependências, poderão contribuir para a perceção que cada grupo (elementos alcoólicos e elementos toxicodependentes) tem acerca dos comportamentos de risco. O facto dos toxicodependentes estarem mais familiarizados com a temática do VIH/SIDA, não só pela experiência pessoal de estar infetado ou de conhecerem alguém infetado, mas também pelos serviços de apoio/tratamento que proporcionam informação sistemática sobre a doença e realizam o despiste a todos os seus utentes, seguindo o protocolo de aconselhamento, aumentam a noção pessoal do que são comportamentos de risco. Possivelmente, por esta razão, os elementos toxicodependentes são mais objetivos a falar de comportamentos de risco, listando consecutivamente todos os comportamentos que os colocam em risco de serem infetados pelo VIH/SIDA. Já os elementos alcoólicos, cujos serviços oficiais de tratamento não contemplam, pelo menos de forma protocolada, a informação sistemática sobre o VIH/SIDA nem o seu rastreio, apresentam definições sobre comportamentos de risco mais globais, pouco específicas e quase rudimentares, ou então, elencam comportamentos de risco irrealistas, consequência da sua desinformação ou pouco envolvimento com a temática. Tal condição faz com que generalizem os riscos associados a outras doenças transmissíveis, como é o caso, por exemplo, da tuberculose que se transmite por via aérea e cuja propagação está muito mais divulgada pelos serviços de saúde e também porque, provavelmente, já fez parte da experiência pessoal ou familiar destes utentes.

Para estes participantes, o álcool também surge como fator de risco, associado à doença física fruto da experiência do “ser alcoólico”, mas não associado ao VIH/SIDA. Contudo, curiosamente, este grupo enfatiza a responsabilidade pessoal na proteção contra a doença, enquanto que os elementos toxicodependentes não valorizam no seu discurso esta noção. É possível que o discurso individual reflita o discurso do modelo de intervenção dominante para cada problemática. Para os elementos alcoólicos, o modelo de saúde pública que enfatiza a substância e o indivíduo na progressão da doença e postula que o tratamento é a intervenção de eleição, passando pela subtração da substância da vida do indivíduo, assenta num papel ativo, e na consequente responsabilidade do próprio em evitar os comportamentos de risco. Para os elementos toxicodependentes, encontramos em termos de intervenção a predominância do programa de substituição opiácea, por alguns considerado uma estratégia de redução de danos. O modelo de redução de danos enfatiza que a intervenção passa por diminuir a exposição do indivíduo a outros agentes que poderão piorar a sua condição, não passando necessariamente pela abstinência. Desta forma, percebemos que, para este grupo, é mais fácil elencar os comportamentos de risco a evitar que poderiam piorar a sua condição, como por exemplo partilhar material de injeção e ser infetado pelo VIH/SIDA.

Um outro dado, digno de nota, refere-se a duas noções já referenciadas no estudo dois e que dizem respeito aos comportamentos de prevenção. Estes foram definidos por Thompson et al. (1999) como realistas, ou seja, efetivos para a prevenção da contaminação pelo VIH/SIDA como é o caso do sexo protegido (com preservativo), e como irrealistas, quando se referem a comportamentos que não são tão objetivos na prevenção, como por exemplo a requisição ao parceiro do teste do VIH/SIDA. Com estas duas noções, partimos para a análise e reflexão sobre os comportamentos de risco definidos por estes dois grupos, denominando-os à semelhança de Thompson et al. (1999) de realistas e irrealistas. Como já referimos no parágrafo anterior, o grupo dos alcoólicos apresentou uma série de definições sobre comportamentos de risco irrealistas, como por exemplo “ir à sanita” ou “partilhar comida”, que no nosso entender podem ser fruto da sua falta de conhecimento correto sobre os meios de prevenção da doença, e por isso alvo de generalizações. Contudo, apesar do grupo dos toxicodependentes deste estudo não elencar um único comportamento de risco irrealista, quando os comparamos com algumas respostas dos elementos também toxicodependentes do estudo dois

verificamos que alguns destes, no questionário 1, também referiram que a comida e os talheres podem ser meios de transmissão do VIH/SIDA.

A nossa perceção como investigadores acerca da hipótese dos alcoólicos estarem diluídos na população geral no que se refere, por exemplo, à intervenção para os comportamentos de risco, ou para o VIH/SIDA, foi reforçada pelos discursos sobre a interferência do álcool ao nível dos comportamentos de risco. Para os alcoólicos, ou não há associação, ou então esta não é objetiva. O que mais uma vez se destaca é a generalização, ou seja, o álcool enfraquece e por isso as pessoas ficam mais vulneráveis à doença, a qualquer doença. Estes dados sugerem que os elementos alcoólicos, por nunca terem sido considerados uma população vulnerável para o VIH/SIDA, não tenham sido alvo de intervenção específica ou até de alguma informação mais sustentada por parte dos técnicos sobre o seu potencial risco de infeção, de forma a mudarem a sua perceção acerca da associação entre consumo de álcool e VIH/SIDA.

De acordo com esta linha de pensamento, quando analisamos esta associação por parte dos toxicodependentes, o cenário altera-se, ainda que ligeiramente. Aqueles assinalam a alteração da capacidade crítica como potenciadora do risco de infeção, o que para nós, poderá estar relacionado com o seu conhecimento sobre o VIH/SIDA bem como com a sua experiência pessoal.

Contudo, quando a substância muda, a perceção sobre esta associação acompanha-a. Para os dois grupos, não há dúvidas que existe uma relação entre consumo de drogas ilícitas e VIH/SIDA. Neste ponto, ressaltam vários aspetos - o primeiro refere-se à inequívoca associação droga-SIDA, independentemente da substância ou via de administração; o segundo, à noção, por parte dos dois grupos do potencial de risco da alteração da consciência.

Durante a exposição da nossa reflexão acerca dos discursos destes participantes, várias foram as vezes a que nos referimos ao seu conhecimento sobre o VIH/SIDA, transparecendo que, no nosso entender, os alcoólicos têm menos conhecimento sobre esta temática que os toxicodependentes, facto coincidente com os resultados obtidos no estudo dois, com o questionário sobre conhecimentos e informação sobre VIH/SIDA que mostram claramente que o grupo um (dos dependentes de álcool) tinham um nível de conhecimento inferior ao grupo dois (dependentes de drogas ilícitas).

Compreender as múltiplas dimensões das doenças com uma componente fortemente comportamental requer abordagens de investigação múltiplas, capazes de capturar a interferência dos fatores individuais e ambientais que determinam o risco (Rhodes, et al. , 1999).

Da análise destas vozes, únicas, individualizadas e com timbre próprio, dos elementos dos dois grupos que constituíram o presente estudo, obtivemos as condições para aceder igualmente aos significados sociais, onde o peso dos contextos e das relações sobressai. A importância da percepção de pertença e inclusão num determinado contexto, quer seja no âmbito mais alargado da sociedade, quer seja reconhecendo a sua identificação como alcoólico ou toxicodependente, surge num jogo de aproximação e afastamento de rótulos e clichés extraídos provavelmente, também do discurso cultural.

Já no que respeita à percepção e experiência do que pode ser o risco associado ao consumo de substâncias, e à autoavaliação dos conhecimentos dos próprios sobre a temática do VIH/SIDA, encontramos um discurso que os participantes reconhecem como construído na interação com Outros: os seus pares, para os elementos toxicodependentes e a televisão, para os elementos alcoólicos, deixando um espaço em branco no que respeita ao papel desempenhado pelos contextos de saúde onde circulam, recebem cuidados, e constroem os seus percursos pessoais de reorganização face à permanência ou retirada das substâncias nas suas vidas.

A investigação qualitativa permite que as intervenções sejam desenvolvidas de acordo com as necessidades, normas, e práticas específicas a determinados grupos, mais do que sustentam visões globais e normalizadas.

Tal como foi referido no ponto referente à metodologia qualitativa, e às condições subjacentes à sua escolha, como parte integrante desta dissertação, estas abordagens são uma condição necessária para a compreensão e conseqüentemente, para o design de respostas, tanto ao consumo de drogas lícitas, como ao de drogas ilícitas. Funcionam não só como um complemento às técnicas quantitativas, mas também como um fator de desafio às definições cristalizadas que sustentam abordagens em que os sujeitos são confrontados com noções e conceitos construídos e confinados pelo discurso científico.

Com o presente estudo, pretendemos alargar os horizontes abertos pelo estudo quantitativo, e contribuir para o colorir das imagens que representam, capturam, e espelham os significados e experiências vividas de quem consome substâncias.

5. Pontes e cruzamentos entre os três Estudos

É indubitável o carácter de investigação em progresso e em processo que esta dissertação assume quando partiu de um estudo exploratório e se desenvolveu num movimento de dar resposta a inquietações e dúvidas proporcionadas pelo primeiro estudo, e quando contempla uma dimensão qualitativa que dá voz àqueles que normalmente são números.

O primeiro estudo não se desenha apenas como um esboço, como um ponto de partida, mas essencialmente como um momento de tomada de consciência de uma série de condições, que depois de refletidas nos obrigaram a dar um salto em profundidade quando nos decidimos prosseguir com o estudo 2, provavelmente aquele que assume a dimensão mais nuclear da presente tese.

Num registo de continuidade, ou seja, de pontes e de cruzamentos entre os dados que conseguimos obter no domínio quantitativo até ao momento, pensamos ser o tempo de nos determos sobre a sua integração, sobre as suas sobreposições, bem como sobre os pontos de afastamento que possam ter emergido.

E encetaríamos esta análise centrando-nos no início das trajetórias adictivas dos participantes nestes dois estudos, que são relativamente precoces pois coincidem com a adolescência, tanto no estudo 1, como nos três grupos do estudo 2 (onde o G3 tem igualmente início de consumos essencialmente de álcool entre os 16 e os 20 anos, mas não evolui num percurso de consumos nocivo). A este respeito não podemos deixar de ressaltar o peso cultural que o consumo de álcool tem na cultura portuguesa, como parte integrante quer da alimentação das famílias, quer dos rituais de lubrificação social alargados bem como dos específicos da população juvenil (Bastos, 1997; Plant & Plant, 1992) que banalizam a presença do álcool na vida quotidiana. Em ambos os estudos o contacto com as substâncias ilícitas é normalmente iniciado um pouco mais tarde.

Parece-nos ser importante ressaltar a existência de cruzamento de consumos de substâncias lícitas e ilícitas (patentes nos 20% de elementos da amostra do estudo 1, e nos 23,2% do G1 do estudo 2) ainda que pontuais. O policonsumo (uso concomitante de diferentes substâncias, neste caso ilícitas), é igualmente um factor comum aos dois estudos, encontrado nos consumos da amostra do estudo 1, e nos 3 grupos do estudo 2, de onde sobressaem, em nossa opinião com particular interesse, as frequências elevadas

de consumo de haxixe e menos relevantes da cocaína do grupo 3, que relembramos não ter no momento da avaliação critérios para dependência de substâncias. Esta constatação remete-nos para as referências teóricas que apontam os consumo de substâncias como fatores potencialmente integrantes do desenvolvimento normativo do adolescente, que não ultrapassam a dimensão da experimentação, cessando este percurso sem raiar os limites do consumo nocivo ou dependente, consumo este já típico dos grupo 2 e 3.

Como objetivo transversal a ambos os estudos tínhamos a determinação das práticas de despiste/rastreio do VIH/SIDA (as análises ao VHB e ao VHC constam apenas do estudo1).

As motivações para a realização do rastreio são predominantemente extrínsecas nos 3 grupos do estudo 2 (predominando o pedido do médico no G1 e no G2, e outras razões no G3). A preocupação e a dúvida surge destacada apenas na amostra do estudo 1, e para o VIH/SIDA, não para o VHB ou VHC.

Interessantemente, e numa perspetiva divergente, encontramos taxas de rastreio do VIH/SIDA de 16,7% no estudo 1, que no estudo 2 se apresentam claramente aumentadas: 50% no G1, 97,5% no G2 e 45,7% no G3. Convém sublinhar que entre a recolha dos dados relativos aos 2 estudos decorreram cerca de 18 meses, e sendo, no que respeita aos participantes dependentes de álcool do estudo 1 e do G1 do estudo 2, a instituição de recolha da amostra a mesma, outras variáveis institucionais poderão ter um peso que não avaliamos.

Na mesma linha de análise, e no que se refere aos resultados positivos para o VIH/SIDA encontrados nestas amostra, o estudo 1 apresentou 6,7% de sujeitos seropositivos, valor superior ao encontrado no G1. Todavia, se tivermos em linha de conta que dos 4 sujeitos seropositivos, 3 tinham historial de consumos de substâncias ilícitas, ainda que pontuais, poderemos desinflacionar eventualmente este valor, e trazê-lo para mais próximo do encontrado exactamente no G1 (3,7%). O grupo de dependentes de substâncias ilícitas (G2) do estudo 2 aparece com valores de seropositividade mais de três vezes superiores (13,41%) aos do G1, valores estes que se contrapõem aos 0% evidenciados pelo G3. Uma das explicações possíveis para a saliência dos resultados do G2 poderá ser a utilização de seringas de forma inapropriada no consumo de heroína por via injetável.

Em modo de convergência, todos estes valores são superiores aos indiciados pela DGS quando refere que *“os utilizadores de drogas injetáveis representaram nos primeiros anos da epidemia, a maior proporção de pessoas infetadas, tendo-se*

verificado, a partir de 1999, uma progressiva diminuição do número de casos por essa via. Esta tendência decrescente, contudo, não retira os utilizadores de drogas injetáveis do grupo onde a infeção se encontra concentrada, atingindo valores significativamente acima de 10%” (DGS, 2012, p. 2)

Não nos podemos esquecer que a prevalência na população geral é de 0,6% (Associação portuguesa para a prevenção e desafio à SIDA, s/d) e quando encontramos no G1 valores seis vezes superiores aos da população geral sustentamos a nossa perspetiva de que os sujeitos com problemas ligados ao álcool deveriam ser alvo de uma abordagem mais específica do que aquela que tem tido lugar até aos presentes dias.

Esta convicção de que a globalidade dos dependentes de álcool beneficiaria com uma política de prevenção, deteção precoce e encaminhamento com traços próprios é de novo reforçada quando constatamos que, quer no estudo 1, quer no G1 do Estudo 2, são os dependentes de álcool quem apresenta no Questionário de Conhecimentos sobre o VIH/SIDA maior número de frequências que os colocam na categoria do conhecimento básico, contrapondo-se ao G2 e ao G3 que evidenciam um conhecimento adequado.

Tendo ainda como pano de fundo a temática do conhecimento, e numa perspetiva de cruzamentos, nomeadamente com os dados recolhidos no Estudo 3 de índole qualitativa, surge transversal aos dois grupos (GPA e GPT) quanto ao significado que a SIDA assumia para os elementos de cada um deles, a visão da doença como grave, incurável, contagiosa e mortal, tal como o reconhecimento do sofrimento progressivo que a doença implica.

As diferenças notam-se quando apenas os elementos do GPT assinalam a discriminação associada à SIDA e reforçam o cariz de doença de transmissão por via sexual, temáticas não detetadas no discurso do GPA.

Quando está em causa a associação entre álcool e comportamentos de risco para a infeção pelo VIH/SIDA, esta associação não sobressai de forma relevante pois apenas metade dos elementos dos dois grupos em conjunto reconhecem essa possibilidade. Todavia também é certo que encontramos referências a partir dos discursos do GPT que ligam o álcool a comportamentos de risco que não especificam e à alteração da capacidade crítica provocada por esta substância.

No que respeita aos elementos do GPA, encontramos nos seus discursos sinais de uma relação direta entre a intoxicação e o risco, bem como entre o álcool e uma maior vulnerabilidade física para outras doenças, que podem funcionar como trampolins

para a contaminação pelo VIH/SIDA. Quanto à associação entre consumos e risco, mas desta vez tendo em linha de conta o uso de substâncias ilícitas encontramos entre os dois grupos de participantes duas linhas comuns: a ligação à prática de injetar e o risco associado à alteração da consciência.

No que respeita à avaliação quantitativa da perceção dos comportamentos de risco encontramos que o grupo dos dependentes de drogas ilícitas tem maior perceção dos seus comportamentos de risco que o grupo dos dependentes de álcool e que o grupo sem dependência de substâncias. Aliás, a maioria dos sujeitos do G1 e do G3 identificam-se como não tendo tal reportório de comportamentos. Estes resultados coincidem no estudo 1 e no estudo 2, e parecem dar resposta a uma das nossas dúvidas que era se os dependentes de álcool teriam uma auto-perceção de risco idêntica à das pessoas sem dependência, ou seja à população geral.

Quanto à exploração do significado atribuído à noção de comportamento de risco (“Na sua opinião o que são comportamentos de risco?”), foi em grande parte distinta nos dois grupos. O GPT destacou três temáticas predominantes - a negligência, e duas dimensões comportamentais mais específicas: a prática de sexo desprotegido e a troca de fluidos corporais.

Estas duas últimas dimensões comportamentais surgiram igualmente nos relatos do GPA, mas foram agrupados com outros exemplos de comportamentos que se podem considerar de risco efetivo para a contaminação pelo VIH/SIDA.

Neste grupo (GPA) encontramos ainda duas referências que se configuram como definições globais de comportamentos de risco, e três que associam este constructo ao consumo de álcool.

Quando está em questão a avaliação de conhecimentos sobre o VIH/SIDA, seja de forma quantitativa com o QCVIH (estudos 1 e 2), seja através da entrevista estruturada que suportou o estudo 3, conseguimos aceder a duas dimensões justapostas da construção social do risco: uma estruturada e mensurável, outra com contornos por vezes bizarros, preconceituosos e até humorísticos. O certo é que nenhum dos 3 estudos nos aponta para níveis satisfatórios ou superiores quando o que está a ser avaliado é o conhecimento acurado sobre VIH/SIDA e as suas formas de transmissão.

Dirigindo a nossa atenção para as estratégias de prevenção da infeção (avaliadas com o QEPVIH apenas nos elementos do estudo 2) sobressaem as estratégias ilusórias

no GPA e as realistas no GPT. Interessantemente é no discurso dos participantes dependentes de álcool do estudo 3 que, tacitamente, surgem algumas das estratégias de prevenção mais inusitadas (“não usar a mesma toalha de banho, e os mesmos materiais que usam na casa de banho” Suj. 13, questão 6) e associações da contaminação pelo VIH/SIDA ao uso de álcool altamente improváveis (“não, (...) é preciso que estivesse um drogado à beira” Suj. 14; questão 7).

Com estas pontes e cruzamentos entre os três estudos pretendemos entrelaçar as informações que obtivemos a partir de cada um deles. Estamos cientes de que esta exploração poderia ser aprofundada, mas estamos igualmente conscientes de que quando optamos por uma apresentação de vários estudos os limites têm de estar mais presentes. A síntese é uma condição clarificadora e organizativa do conhecimento que foi surgindo, apesar das redes de depuração que fomos usando para salientar a informação que nos surgiu mais relevante, consistente e pertinente.

Pensamos ter chegado o tempo e o espaço para encerrar esta dissertação, conjugando as principais reflexões que gostaríamos de deixar escritas, no ponto que se segue.

REFLEXÕES FINAIS E CONCLUSÃO

Há 30 anos que estamos na era da SIDA, doença que protagonizou e potenciou, direta e indiretamente, múltiplas mudanças tanto a nível individual, como social, político e científico. Contudo, num tempo em que esta temática surge como prioritária tanto no domínio da saúde em geral, como em áreas específicas como a toxicod dependência, algumas dúvidas permanecem, por exemplo, no que concerne aos grupos que poderão estar mais vulneráveis à infeção. Se o conhecimento científico produzido até agora direcionou a intervenção política, social e de saúde para os grupos de risco, atualmente denominados de populações chave em maior risco de infeção pelo VIH/SIDA, este mesmo conhecimento não conseguiu, ainda, justificar empiricamente porque não estão os dependentes de álcool incluídos na definição de população chave em maior risco, talvez porque a questão não tenha sido colocada ou não tenha surgido como premente.

Antes de continuarmos com as nossas reflexões finais e com a conclusão da presente dissertação, parece-nos pertinente ressaltar que a estruturação da parte prática desta tese em três estudos, contemplando cada um deles uma conclusão final, nos obriga a um exercício de síntese focalizado apenas nos principais pontos de destaque que a conjugação dos estudos empíricos potenciou. Não queremos, por isso, incorrer no risco de sobreposição de conclusões debatendo questões que já tiveram o seu espaço de discussão no local próprio, nomeadamente as conclusões finais de cada estudo e o ponto sobre pontes e cruzamentos entre os três estudos. Deste modo, iremos salientar apenas as reflexões que, nesta fase, se nos configuram como mais relevantes, talvez porque ainda nos inquietam, e que se assumem como transversais aos estudos empíricos e à literatura consultada.

Se a pretensão internacional é acabar com as novas infeções pelo VIH/SIDA, parece-nos que muito caminho há ainda para percorrer. Só um conhecimento adequado da realidade nacional em termos de características da infeção pelo VIH/SIDA poderá proporcionar programas de intervenção e prevenção eficazes, e nesta matéria, ao contrário da epidemia do VIH/SIDA, ainda não atingimos a maioria. Temos

consciência que a crise económica, financeira e social que o país atravessa refreou o investimento em todas as áreas, e a saúde não foi exceção. Contudo, a emergência do VIH/SIDA não nos parece compadecer-se com estratégias de contenção de custos, mas sim com reformulações de áreas prioritárias de intervenção, rastreio e prevenção. Nesse sentido, as conclusões desta dissertação parecem abrir as portas a uma possível nova realidade relativa ao conhecimento sobre a associação entre VIH/SIDA e dependência de substâncias.

O nosso objetivo central foi alcançado quando concluímos que os dependentes de álcool apresentam características que nos permitem enquadrá-los na definição de subpopulação com comportamentos de alto risco para o VIH/SIDA, e nessa linha recomendar a sua inclusão no grupo das populações sentinela para a infeção pelo VIH/SIDA em Portugal. Na realidade, também não nos podemos esquecer que dentro da população dos dependentes de álcool e dos consumidores nocivos, estão incluídos reclusos, prostitutas(os), emigrantes e toxicodependentes, o que, mais uma vez, reforça a necessidade de rastreio precoce desta população. Consideramos que esta estratégia de rastreio dos dependentes de álcool apresenta grandes vantagens em termos de custo-benefício, na medida em que iria aproveitar os recursos de saúde já existentes, não exigindo gastos acrescidos em termos económicos, e por outro iria garantir o rastreio precoce do VIH/SIDA da globalidade da população de pessoas com problemas ligados ao álcool e que recorrem aos serviços especializados disponíveis no Sistema Nacional de Saúde. Ou seja, os serviços de atendimento especializados, em virtude de se encontrarem numa posição privilegiada de acesso a estes utentes poderiam protocolar o rastreio do VIH/SIDA como condição de acesso ao tratamento, à semelhança do que já acontece em serviços de atendimento aos utentes toxicodependentes.

Envolver os sistemas de saúde, político e social na abordagem desta temática (VIH/SIDA) junto de dependentes de álcool surge-nos com impreterível. Consequentemente, a elaboração de diretrizes que priorizem o rastreio do VIH/SIDA junto desta população, como já foi referido, assim como a construção de programas de prevenção do VIH/SIDA direcionados aos consumidores de álcool, parecem-nos serem propostas a considerar. Para além do que já foi expresso, também consideramos ser fundamental sensibilizar e formar os técnicos de saúde, de maneira a que estes implementem estratégias de intervenção nos PLA que englobem a abordagem dos comportamentos sexuais de risco e subsequentemente o VIH/SIDA. A finalidade destas

propostas seria por um lado, enquadrar os consumidores de álcool nos dados sobre a epidemia do VIH/SIDA em Portugal percebendo desta forma se eles se constituem como população chave em maior risco de infeção, e por outro, aumentar o conhecimento sobre o VIH/SIDA, que nesta investigação foi considerado de básico e repleto de falsos conceitos. Ao mesmo tempo teríamos oportunidade de promover a consciencialização acerca dos riscos a que estes sujeitos estão expostos derivados do seu consumo de álcool, de forma a potenciar a mudança de comportamentos de risco. Finalmente, em termos de tratamento e de respostas terapêuticas seria certo que ao considerar a abordagem da sexualidade no processo de recuperação dos dependentes de substâncias de uma forma regular seria uma mais valia, descentrando o ónus da intervenção dos consumos e alargando-o a um domínio que acaba por não ser prioritário.

Sabemos que apenas a informação e o conhecimento sobre o VIH/SIDA não se traduz em mudança de comportamentos, mas também reconhecemos que a falta de informação ou a desinformação não proporcionam essa mudança.

A promoção da consciencialização dos dependentes de álcool para o risco de infeção pelo VIH/SIDA transporta-nos para outra das nossas conclusões, a auto-percepção do risco. Curiosamente, apesar de se tratar de um conceito subjetivo permitiu-nos conhecer um pouco mais os dependentes de álcool e a sua associação ao risco de infeção pelo VIH/SIDA. Se inicialmente os dois estudos quantitativos nos obrigavam a levantar questões acerca da associação entre percepção de risco e comportamentos de risco, o estudo qualitativo permitiu-nos vislumbrar algumas respostas para as questões levantadas. Por um lado, percebemos que os dependentes de álcool se constituem como uma população com características peculiares. A culturalidade do consumo de álcool parece camuflar ou limitar a percepção do risco do consumo em si, o que torna esta população particularmente interessante para investigações futuras neste domínio. Na realidade, em Portugal a produção científica é relativamente escassa nesta área, o que limita o conhecimento e posteriormente as decisões de ação, tanto ao nível político, como técnico e consequentemente social.

A construção social de alguns estereótipos, também surgiu neste trabalho como condição que se reveste de enorme importância para a compreensão dos fenómenos VIH/SIDA, dependências e suas associações. A investigação qualitativa teve algum mérito nessa constatação. Registamos que enquanto os dependentes de drogas ilícitas

reconhecem o risco dos seus comportamentos, tanto em termos gerais, como para o VIH/SIDA em específico, e que a estigmatização a que são sujeitos emerge como sinalizadora desse mesmo risco, os dependentes de álcool não têm idêntica percepção do risco. Com esta população (dependentes de álcool) deparamo-nos com duas realidades. Por um lado eles são negativamente discriminados no que às intervenções específicas para o VIH/SIDA diz respeito, quando comparados com os dependentes de drogas ilícitas, ou seja são ignorados pelo sistema. Por outro, o sistema é de alguma forma complacente com estes sujeitos, pois não os estigmatiza de forma tão cáustica quanto aos toxicodependentes, mas também não os considera alvo prioritário de intervenção. Estes fatos ajudam-nos a compreender melhor a discrepância entre a percepção de risco para a infeção pelo VIH/SIDA e os comportamentos de risco efetivos que os dependentes de álcool têm, pois a magnitude do risco de infeção para estes sujeitos está diminuída pela construção social do risco de infeção pelo VIH/SIDA dos dependentes de álcool, que é complacente com o seu comportamento por um lado e que os ignora por outro quanto às consequências daquele, possibilitando que estes sujeitos adquiram uma falsa percepção de segurança relativamente ao VIH/SIDA e que por essa razão não questionem os seus comportamentos, distanciando-se do tradicional “drogado”.

No caso dos dependentes de substâncias (álcool ou drogas ilícitas) o sistema atual inclui ambas as dependências na mesma estrutura especializada de tratamento e intervenção (DICAD), no entanto discrimina positivamente mais uns (dependentes de drogas ilícitas) e ignora outros (dependentes de álcool). Se no caso dos dependentes de drogas ilícitas o sistema jurídico/político e de saúde, com os programas de troca de seringas, o programa vida emprego e o programa *Klotho* (programas que nunca contemplaram dependentes de álcool), conseguiu controlar a epidemia do VIH/SIDA nesta população e reinseri-la socialmente, a nossa recomendação vai no sentido de convergência de práticas de forma a reduzir a discriminação em termos de intervenção dos dependentes de álcool, e a promover a prevenção tanto do VIH/SIDA como de outras consequências derivadas do consumo de álcool, junto desta população.

Se até agora nos debruçamos sobre as conclusões com um cariz essencialmente sociopolítico, seguidamente iremos focalizar as conclusões mais individuais e emocionais, ou se for pertinente, mais psicológicas, porque estamos a falar de dois grandes problemas de saúde pública (VIH/SIDA e dependências) que numa perspetiva

macro abrange um enorme número de pessoas, mas que na perspetiva micro é feita por indivíduos, de pessoas singulares e de todas as dimensões que as tornam especiais e únicas. Tendo isto em consideração, uma das constatações derivadas da análise dos três estudos que mais nos surpreendeu, foi a frequência de comportamentos de risco para a infeção pelo VIH/SIDA sem a tomada de consciência que o são, ou seja, o facto de as pessoas não reconhecerem ter comportamentos de risco mesmo quando têm conhecimento sobre o que são comportamentos de risco. Para além disto, outro dado que sobressai foi o desinteresse pessoal no rastreio de consequências associadas a esses mesmos comportamentos, o que levanta uma questão que consideramos extremamente pertinente que é – será este desinteresse, ou descuido, no rastreio das consequências dos comportamentos, possível de ser generalizado a outras DSTs, como o papiloma vírus, por exemplo? Acrescentamos o facto de que quando os participantes dos estudos efetuados referiram as razões para a não realização dos testes de despiste, tanto do VIH/SIDA (estudos 1 e 2) como das hepatites (estudo 1), a resposta mais frequente atribuiu a responsabilidade ao técnico de saúde (“o médico não pediu”). Neste caso onde se enquadra a responsabilidade individual? Estas dúvidas transportaram-nos para reflexões mais alargadas sobre os comportamentos de saúde e prevenção da doença dos portugueses. Estará este desinteresse alargado à saúde em geral, ou a determinadas doenças com contornos específicos, nomeadamente de cariz sexual? Uma das explicações que poderá ajudar a compreender melhor este fenómeno é o facto das situações de saúde que impliquem risco e medo das consequências serem, possivelmente, evitadas, afastando as pessoas da possibilidade de rastreio. Quais os determinantes que poderão estar a influenciar esta postura pouco cuidadosa? Serão apenas os cognitivos, explicados pelo modelos de comportamentos de saúde (já abordados no ponto 3.5 da parte teórica), ou estarão mecanismos emocionais, como o medo do resultado, o medo da evolução da doença, a influenciar tanto a tomada de decisão de realizar o(s) testes de rastreio, como a própria percepção do risco?

De acordo com o que acabamos de referir abre-se uma nova dimensão de estudo, que no nosso entender deverá ser terreno fértil de investigações futuras e que, em termos de práticas, nos direciona para estratégias de prevenção não amedrontadoras, e promotoras de um sentimento de segurança, ou seja, de transmissão de informação no sentido positivo.

No que às limitações dos estudos diz respeito, a delimitação exclusiva das amostras a dependentes surgiu como um eventual constrangimento. No estudo três este facto poderá ter demarcado o enriquecimento do conhecimento obtido, pois poderia ser interessante alargar a entrevista, tanto à população geral, como a técnicos de saúde, no sentido de se aceder aos seus discursos acerca destas temáticas.

Nestes estudos optamos incluir apenas dependentes de substâncias, no entanto, os problemas relacionados com o uso de substâncias lícitas ou ilícitas definem-se num espectro, que começa pelo primeiro consumo da substância e estende-se até à dependência. Se o nosso foco é a alteração da consciência provocada pelo consumo de álcool, este pode ocorrer sem que o consumidor seja necessariamente dependente, acontecendo idêntico processo com o uso de outras substâncias ilícitas tradicionais, como a cocaína ou o *ecstasy*, ou com as recentemente ilegalizadas novas substâncias psicoativas como é o caso, por exemplo, da mefedrona (Meow Meow) ou dos canabinóides sintéticos (Spyce). Tendo isto em consideração, a restrição destes estudos exclusivamente a dependentes pode assumir-se como uma limitação, pois uma questão se levanta – até que ponto o consumo pontual ou em regime de não dependência quer de álcool, quer de qualquer outra substância psicoativa, por definição alteradoras da consciência, não são situações alvo de preocupação, até porque se mantêm afastados dos circuitos regulares de prestação de cuidados de saúde especializados em comportamentos aditivos?

A prevenção é sem dúvida a maior arma que temos para o controlo e contenção do VIH/SIDA. À falta de uma vacina, não nos resta trabalhar no sentido de educar, informar e promover a mudança de comportamentos tanto na população geral, como especificamente nas populações com comportamentos de alto risco para a infeção. Esta é, para nós, a área mais pertinente de ação e a que comprovadamente acarreta maiores benefícios, tanto em termos de saúde como em termos económicos, políticos e sociais. Contudo, como já referimos, é necessário que o corpo de conhecimento nesta área seja alargado, e isso só será possível com o aumento da produção científica e da consciencialização política.

BIBLIOGRAFIA

- Abbad, G., & Torres, C. V. (2002). Regressão múltipla stepwise e hierárquica em Psicologia Organizacional: aplicações, problemas e soluções. *Estudos de Psicologia*, 19-29.
- Aceijas, C., Stimson, G., Hickman, M., & Rhodes, T. (2004). Global overview of injecting drug use and HIV infection among injecting drug users. *AIDS*, 2295-2303.
- Adler, A., Mounier-Jack, S., & Coker, R. J. (2010). Late diagnosis of HIV in Europe: definitional and public health challenges. *AIDS Care*.
- Almeida, F. S. (2006). *Compreender as Causas do Comportamento Agressivo do Adolescentes na Escola: Um estudo de Caso*. Dissertação de Mestrado (não publicada). Covilhã: Universidade da Beira Interior.
- Almeida, A. D., Silva, C. F., & Cunha, G. S. (2005). Os adolescentes e o VIH/SIDA: estudo sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos de saúde relativos ao VIH/SIDA. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 105-112.
- Almeida, L., & Freire, T. (2003). *Metodologias de Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Altman, D. G., & Bland, J. M. (1994). Statistic Notes: Diagnostic tests 1: sensitivity and specificity. *BMJ*.
- Altman, L. K. (1982). New Homosexual Disorder Worries Health Officials. *The New York Times*.
- Amaro, F., Frazão, C., Pereira, M. E., & Teles, L. d. (2004). HIV/AIDS risk perception, attitudes and sexual behavior in Portugal. *International Journal of STD & AIDS*, 56-60.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª ed., texto rev.)*. (J. C. Fernandes, Ed., & J. N. Almeida, Trad.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Anderson, P., & Baumberg, B. (2006). *Alcohol In Europe - A Public Health Perspective*. Institute of Alcohol Studies.
- Anderson, P., Møller, L., & Galea, G. (2012). *Alcohol in the European Union: Consumption, harm and policy approaches*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Antinori, A., Coenen, T., Costagliola, D., Dedes, N., Ellefson, M., Gatell, J., et al. (2010). Late presentation of HIV infection: a consensus definition. *HIV Medicine*, 1-4.
- Antinori, A., Johnson, M., Moreno, S., Rockstroh, J. K., & Yazdanpanah, Y. (2010). Introduction to late presentation for HIV treatment in Europe. *Antiviral Therapy* (suppl 1), 1-2.
- Armitage, C. J. (2009). Is there utility in the transtheoretical model? *British Journal of Health Psychology*, 195-210.

- Armitage, C. J., & Conner, M. (2000). Social cognition models and health behavior: a structured review. *Psychology and Health*, 173-189.
- Associação portuguesa para a prevenção e desafio à SIDA, (s/d), retirado em 2012 de <http://www.sermais.pt/content/default.asp?idcat=VIHemPortugal&idCatM=vihSida&idContent=F9CD898E-35FC-4A69-B42A-D44B4A8E0A5E>.
- Avert. (n.d.). *History of HIV and AIDS*. From Averting HIV and AIDS: <http://www.avert.org/history-hiv-and-aids.htm>
- Baban, A., & Cracium, C. (2007). Changing health-risk behaviors: a review of theory and evidence-based interventions in health psychology. *Journal of cognitive and behavioral psychotherapies*, 7, 45-67.
- Bakker, A. B., Buunk, B. P., Siero, F. W., & Van Den Eijnden, R. J. (1997). Application of a modified health Belief Model to HIV Preventive Behavioral Intention Among Gay and Bisexual Men. *Psychology and Health*, 12, 481-492.
- Baliunas, D., Rehm, J., Irving, H., & Shuper, P. (2010). Alcohol consumption and risk of incident human immunodeficiency virus infection: a meta-analysis. *Int J Public Health*, 159-166.
- Balsa, C. (2011). *O Consumo de Bebidas Alcoólicas em Portugal. Prevalências e Padrões de Consumo, 2001-2007*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.
- Bandura, A. (2005). The evolution of social cognitive theory. In K. G. Smith, & M. A. Hitt, *Great minds in management* (pp. 9-35). Oxford: Oxford University Press.
- Barden-O'Fallon, J., Graft-Johnson, J., Bisika, T., Sulzbach, S., Benson, A., & Tsui, A. (2004). Factors Associated with HIV/AIDS Knowledge and Risk Perception in Rural Malawi. *AIDS and Behavior*, 131-140.
- Barros, H. (Março/Abril de 2009). Ver e olhar, ou os limites da epidemiologia. *Acção & Tratamentos*, pp. 6-8.
- Bastos, S. P. (1997). *O Estado Novo e os seus vadios : contribuição para o estudo das identidades marginais e da sua repressão*. Lisboa: Dom Quixote.
- Bettencourt, Joana (2011). *Análise de dados dos Centros de Aconselhamento e Detecção precoce do VIH*.
- Boer, H., & Seydel, E. R. (1996). Protection motivation theory. In M. Conner, & P. Norman, *Predicting Health Behavior: Research and Practice with Social Cognitive Models* (pp. 95-120). Maidenhead: Open University Press.
- Booth, R. E., Koester, S. K., Reichardt, C. S., & Brewster, J. T. (1993). Quantitative and Qualitative Methods to Assess Behavioral Change Among Injection Drug Users. *Drugs & Society*, 7, 161-183.
- Bor, R., Miller, R., & Goldman, E. (1992). *Theory and Practice of HIV Counselling: A Systemic Approach*. London: Brunner/Mazel.
- Bostrom, A. (1997). Risk perceptions: "experts" vs. "lay people". *Duke Environmental Law & Policy Forum*, 101-113.
- Boulton, M. (1994). *Challenge and innovation. Methodological advances in social research on HIV/AIDS*. London: Taylor & Francis.

- Boyer, C. B., Tschann, J. M., & Shafer, M. A. (1999). Predictors of risk for sexually transmitted diseases in ninth grade urban high school students. *J. Adolesc Research* , 448-65.
- Brannen, J. (2007). Mixing Methods: The entry of qualitative and quantitative approaches into research process. *Internation Journal of Social Research Methodology* , 173-184.
- Branson, B. M. (2010). The Future of HIV Testing. *Acquir Immune Defic Syndr* , S102–S105.
- Branson, B. M., Handsfield, H. H., Lampe, M. A., Janssen, R. S., Taylor, A. W., Lyss, S. B., et al. (2006). *Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings*. MMWR. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Bravo, P., Edwards, A., Rollnick, S., & Elwyn, G. (2010). Tough decisions faced by people living with HIV: a literature review of psychosocial problems. *AIDS Reviews* , 76-88.
- Brennan, R., & Durack, D. (1981). Gay Compromise Syndrome. *The Lancet* , 1338–1339.
- Brewer, N. T., Weinstein, N. D., Cuite, C. L., & Herrington, J. E. (2004). Risk perceptions and their relation to risk behavior. *The Society of Behavioral Medicine* , 125-130.
- Bruce, E., Bauai, L., Sapuri, M., Kaldor, J., Fairley, C., & Keogh, L. (2011). HIV Knowledge, risk perception, and safer sex practices among female sex workers in Port Moresby, Papua New Guinea. *International journal of women's health* , 53-61.
- Caetano, M. (2005). Prevenção da sida. Um desafio que não pode ser perdido. *VI Congresso Virtual Da SIDAnet* (pp. 9-10). SIDAnet, Associação Lusófona.
- Calheiros, J. M. (2008). Vigilância Epidemiológica VIH/SIDA: que modelo de declaração obrigatória. *II Congresso Virtual VIH/AIDS*. aidscongress.net.
- Cantwell, A. (1988). *AIDS And the Doctors of Death: An Inquiry Into the Origin of the AIDS Epidemic*. United States: Aries Rising Press.
- Cardoso, L. R., Malbergier, A., & Figueiredo, T. F. (2008). O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. *Revista de Psiquiatria Clínica* , 70-75.
- Carey, M. P., Morrison-Beedy, D., & Johnson, B. T. (1997). The HIV-Knowledge Questionnaire: Development and Evaluation of a Reliable, Valid, and Practical Self-Administered Questionnaire. *AIDS and Behavior* , 61-74.
- Carrico, A. (2010). Elevated Suicide Rate Among HIV-Positive Persons Despite Benefits of Antiretroviral Therapy: Implications for a Stress and Coping Model of Suicide. *American Journal of Psychiatry* , 117-19.
- Carvalho, C. (2009). Acesso, Práticas e Barreiras ao Teste VIH. *Arquivos de Medicina* , 68-69.
- Carvalho, M. S. (1989). A Vigilância Epidemiológica e a Infecção pelo HIV. *Cadernos de Saúde Pública* , 160-168.

- Catania, J. A., Gibson, D. R., Chitwood, D. D., & Coates, T. J. (1990). Methodological problems in AIDS behavioral research: Influences on measurement error and participation bias in studies of sexual behavior. *Psychological Bulletin*, 339-362.
- Catania, J. A., Kegeles, S. M., & Coates, T. J. (1990). Towards an understanding of risk behavior: an AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 53-72
- Center for Diseases Control and Prevention. (Outubro de 2006). *CDC Releases Revised HIV Testing Recommendations in Healthcare Settings*. Obtido em 4 de 09 de 2013, de CDC HIV/AIDS: http://www.cdc.gov/hiv/pdf/testing_factsheet_healthcare.pdf
- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis . (1988). *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida : situação em Portugal em 31 de Dezembro de 1987*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Centro de Vigilância Epidemiológica das Doenças Transmissíveis . (1991). *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida : situação em Portugal em 31 de Dezembro de 1990*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.
- Chappel, R. J., Wilson, K. M., & Dax, E. M. (2009). Immunoassays for the Diagnosis of HIV: Meeting Future Needs by Enhancing the Quality of Testing. *Future Microbiology*, 963-982.
- Choudhry, V., Agardh, A., Stafström, M., & Östergren, P.-O. (2014). Patterns of alcohol consumption and risky sexual behavior: a cross-sectional study among Ugandan university students. *BMC Public Health* .
- Cocohoba, J., Comfort. M., Kianfar, H. & Johnson, M.O. (2013). A qualitative study examining HIV antiretroviral adherence counseling and support in community pharmacies. *Journal of Managed Care Pharmacy*, p. 454-60.
- Coleta, M. F. (1999). O modelo de crenças em saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. *Temas de psicologia* , 175-182.
- Collins, R. L., & McNair, L. D. (2002). Minority women and alcohol use. *Alcohol Research and Health*, 26(4), 251-256.
- Comissão Global para o VIH e o Direito. (2012). *Riscos , Direitos e Saúde*. Nova Iorque: UNDP, HIV/AIDS Group.
- Committee on AIDS Research and the Behavioral, Social, and Statistical Sciences, Commission on Behavioral and Social Sciences and Education, Division of Behavioral & Social Sciences and Education, National Research Council. (1989). *AIDS, Sexual Behavior, and Intravenous Drug Use*. (C. F. Turner, H. G. Miller, & L. E. Moses, Eds.) Washington: National Academies Press.
- Connelly, J. (2002). The Behavior Change Consortium studies: missed oportunities - individual focus with an inadequate engagement with personhood and socio-economic realities. *Health Education Research* , 691-695.
- Conselho Nacional de Secretários de Saúde. (2007). *Vigilância em Saúde*. Brasília: CONASS.
- Cooper, M. L. (2006). Does Drinking Promote Risky Sexual Behavior? A Complex Answer to a Simple Question. *Current Directions In Psychological Science*, 19-23.

- Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA. (2007). *o programa Nacional de prevenção e controlo da infecção pelo VIH/ sida – 2007/2010*. Lisboa: coordenação Nacional para a infecção VIH/SIDA.
- Costa, C. A. (2007). *A Droga, o Poder Político e os Partidos em Portugal*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Council of the European Union. (2006). *Council Conclusions on EU strategy to reduce alcohol-related harm*. Brussels: consilium europa press office.
- Daurel, R., & Montagnier, L. (1994). *A SIDA*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Dawson, D. (1999). *Gay Cancer - Again. 6th Conference On Retroviruses And Opportunistic Infections (CROI)*.
- De Clercq, E. (2010). Antiretroviral drugs. *Current Opinion in Pharmacology*, 507-15.
- De Clercq, E. (2001). Strategies in the design of antiviral drugs. *Nat Rev Discov*, 13-25.
- Deninson, J. A., O'Reilly, K. R., Schmid, G. P., Kennedy, C. E., & Sweat, M. D. (2008). HIV voluntary counseling and testing and behavioral risk reduction in developing countries: a meta-analysis, 1990-2005. *AIDS Behavior*, 363-373.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2005). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N. K. Denzin, & Y. S. Lincoln, *The Sage Handbook of Qualitative Research* (pp. 15-41). California: Sage Publications.
- Deslandes, S. F., Mendonça, E. A., Caiáffa, W. T., & Doneda, D. (2002). As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. *Cadernos de Saúde Pública*, 141-151.
- Dias, L. (2007). *As Drogas em Portugal — O Fenómeno e os Factos Jurídico-Políticos de 1970 a 2004*. Pé de Página Editores.
- Dias, L. (s.d.). Da criminalização à descriminalização: Evolução das Políticas da Droga em Portugal de 1970 a 2010. *iseg*. Obtido em 10 de 2012, de <http://www.iseg.utl.pt/aphes30/docs/progdocs/LUCIA%20DIAS.pdf>
- Dias, S. (2009). Vigilância epidemiológica e teste VIH em populações em maior risco e de difícil acesso. *Arquivos de Medicina*, 70-71.
- DiClemente, R., Brown, L., Beausoleil, N., & Lodico, M. (1993). Comparison of AIDS knowledge and HIV-related sexual risk behaviors among adolescents in low and high AIDS prevalence communities. *Journal Adolescent health*, 231-136.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Portugal – Infecção VIH/SIDA e Tuberculose em números – 2013*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dutta, A., Wirtz, A., Stanciole, A., Oelrichs, R., Semini, I., Baral, S., et al. (2013). *The Global HIV Epidemics among People Who Inject Drugs*. Washington: International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.
- Dwyer, D. E. (2010). Advances in HIV laboratory testing. *NSW Public Health Bulletin*, 86-88.
- Eberstadt, N. (2002). The Future of AIDS. *Foreign Affairs*.
- Erowid. (2013). *Desmorphine (Krokodil) – Basics*. Retirado de The vaults of erowid: https://www.erowid.org/chemicals/desomorphine/desomorphine_basics.shtml

- European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. (2011). *HIV/AIDS surveillance in Europe 2010*. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction & European Centre for Disease Prevention and Control. (2012). *Joint EMCDDA and ECDC rapid risk assessment: HIV in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania*.
- Eurotrials . (01 de 2005). O Consumo de álcool. Lisboa, Portugal: Eurotrials, Scientific Consultants,SA.
- Falé, R. M. (2006). *Testes para o VIH detectam o vírus e não somente a resposta imunitária*. Retrieved 2011 йил 19-11 from JAS Farma - Saúde Pública: <http://www.jasfarma.pt/artigo.php?artigo=5&numero=54&publicacao=sp>
- Fatela, J. (1989). *O Sangue e a Rua. Elementos para uma Antropologia da Violência em Portugal (1926-1946)* . Lisboa: Dom Quixote.
- Feinberg, M. B. (1996). Changing the natural history of HIV disease. *Lancet* , 239–46.
- Fernandes, E. M. R. P. (2001). *Encontro de narrativas terapêuticas: estudo das memórias do terapeuta activadas durante o processo de recordações do cliente*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
- Fernandes, E. M., & Maia, Â. (2001). Grounded Theory. In E. M. Fernandes, L. S. Almeida, & C. d. Psicologia (Ed.), *Métodos e técnicas de avaliação : contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp. 49-76). Braga: Universidade do Minho.
- Ferreira, J., & Fernandes, F. (2010). *Frases Que Fizeram a Historia de Portugal*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Ferreira, M. P. (2008). Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/Aids, 1998 e 2005. *Revista Saúde Pública* , 65-71.
- Fischhoff, B., Bostrom, A., & Quadrel, M. J. (1993). Risk perception and communication. *Annual Reviews of Public Health* , 183-203.
- Fishbein , M., & Ajzen , I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory of research*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley.
- Fishbein, M. (2008). A Reasoned Action Approach to Health Promotion. *Medical Decision Making* , 834-844.
- Fishbein, M., Middlestadt, S. E., & Hitchcock, P. J. (1994). Using Information to Change sexually transmitted disease-related behaviors. In R. J. DiClemente, & J. L. Peterson, *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions* (pp. 61-77). New York: Plenum Press.
- Fisher, J. C., Bang, H., & Kapiga, S. H. (2007). The Association Between HIV Infection and Alcohol Use: A Systematic Review and Meta-Analysis of African Studies . *Sexually Transmitted Diseases* , 856–863 .
- Fisher, J. C., Cook, P. A., & Kapiga, S. H. (2010). Alcohol Use Before Sex and HIV Risk: Situational Characteristics of Protected and Unprotected Encounters Among High-Risk African Women. *Sexually Transmitted Diseases* , 571-578.
- Fisher, J. & Fisher, W. (1992). Changing AIDS-Risk Behavior. *Psychological Bulletin*, 455-74.

- Fisher, J. D., Fisher, W. A., & Shuper, P. A. (2009). The information-motivation-behavioral skill model of hiv preventive behaviors. In R. J. DiClemente, R. A. Crosby, & M. C. Kegler, *Emerging theories in health promotion practice and research* (pp. 21-63). Jossey-Bass.
- Freitas, M. (2003). onhecimentos, opiniões e comportamentos face à SIDA de uma população universitária. *IV Congresso Virtual HIV/AIDS*.
- Fritz, K., Morojele, N., & Kalichman, S. (2010). Alcohol: The forgotten Drug in HIV/AIDS. *Lancet* , 398-400.
- Froerer, A. S., & Smock, S. A. (2009). Solution-focused group work: collaborating with clients diagnosed with HIV/AIDS. *Journal of Family Psychotherapy*, 13-27.
- Genberg, B., Lee, Y., Rogers, W., & Wilson, I. (2014). Four Types of Barriers to Adherence of Antiretroviral Therapy are Associated with Decreased Adherence Over Time. *AIDS and Behavior* .
- Gesaworld SA. (2013). *Avaliação Externa Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005-2012 (PNCDT)*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Giancola, P. R., Josephs, R. A., Parrot, D. J., & Duke, A. A. (2010). Alcohol Myopia Revisited: Clarifying Aggression and other acts of disinhibition thought a distorted lens. *Perspectives on Psychological Science* , 265-278.
- Gillis, J. R., Meyer-Bahlburg, H. F., Exner, T., & Ehrhardt, A. A. (1998). The predictive utility of an expanded AIDS Risk Reduction Model (ARRM) among adult gay and bisexual men. *The Canadian Journal of Human Sexuality* , 7.
- Girardi, E., Sabin, C. A., & Monforte, A. d. (2007). Late Diagnosis of HIV Infection: Epidemiological Features, Consequences and Strategies to Encourage Earlier Testing. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* , S3–S8.
- Global Commission on Drug Policy. (2012). *The War on Drugs and HIV/AIDS How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic*. Global Commission on Drug Policy.
- Goodman-Meza, D., Pitpitan, E. V., Semple, S. J., Wagner, K. D., Chavarin, C. V., Strathdee, S. A., et al. (2014). Hazardous drinking and HIV-risk-related behavior among male clients of female sex workers in Tijuana, Mexico. *American Journal on Addictions*, 1521-0391.
- Green, L. W., Ottoson, J. M., García, C., & Hiatt, R. A. (2009). Diffusion Theory and Knowledge Dissemination, Utilization, and Integration in Public Health. *The Annual Review of Public Health*.
- Greening, L. (1997). Adolescents cognitive appraisals of cigarette smoking: an application of the protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 1972–86.
- Greenwald, J. L., Burstein, G. R., Pincus, J., & Branson, B. (2006). A rapid review of rapid hiv antibody tests. *Sexually Transmitted Diseases* , 125-131.
- Grupo de trabalho para programas terapêuticos com agonistas opiáceos. (2006). *Normas orientadoras dos programas terapeuticos com agonistas opiáceos*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.

- Grupo Português de Ativistas sobre Tratamentos do VIH/SIDA. (Novembro/Dezembro de 2006). A morte através da diplomacia. *Ação & Tratamentos* , p. 8.
- Guerra , M. P. (1998). *Sida: Implicações Psicológicas*. Lisboa: Fim de Século Edições.
- Hair Jr, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate Data Analysis*. NJ: Prentice Hall Higher Education.
- Harrington, M. (2012). On a Darkling Plain — The Years of Despair. *tagline* , pp. 1-5.
- Hill, T. & Lewicki, P. (2005). *STATISTICS: Methods and Applications*. StatSoft, Tulsa, OK.
- History of AIDS*. (s.d.). Obtido de AVERT: <http://www.avert.org/history-aids-up-to-1986.htm>
- Humanitarian news and analysis service of the UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. (2005). *Lazarus Drug: ARVs in the treatment era*. IRIN Web special.
- Hymes , K. B., Greene , J. B., Marcus , A., William, D. C., Cheung , T., Prose, N. S., et al. (1981). Kaposi's sarcoma in homosexual men-a report of eight cases. *Lancet* , 598-600.
- Hymes, K. B., Cheung, T., Greene, J. B., Prose, N. S., Marcus, A., Ballard, H., et al. (1981). Kaposi's sarcoma in homosexual men-a report of eight cases. *Lancet* , 598-600.
- INSA. (2013). Evolução temporal da idade à data de diagnóstico da infeção VIH/SIDA em Portugal: 1983-2012. *Observações Boletim epidemiológico* , pp. 2-5.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência I.P. (2005). *Plano Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência 2005-2012*. Lisboa: Instituto da droga e da Toxicodependência.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência I.P. (2010). *Plano de Ação Contra as Drogas e as Toxicodependências 2009-2012* . Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. . (2008). *Relatório Anual de 2007 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P. (2011). *Relatório Anual • 2010 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2011). *Rede de Referência/Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência I.P.
- Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P. (2011). *Rede de Referência / Articulação para os Problemas Ligados ao Álcool*. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência I.P.
- Instituto Nacional de Estatística. (s.d.). *Base de Dados*. Obtido em 3 de 03 de 2011, de INE: <http://www.ine.pt/>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. . (2012). *Infeção VIH/SIDA: A Situação em Portugal a 31 de Dezembro de 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. .

- International AIDS Society. (2012). *The Twin Epidemics of HIV and Drug Use: Innovative Strategies for Healthy Communities*. amfaR. amfaR.
- IRIN. (2005). *Lazarus Drug: ARVs in the treatment era*. IRIN Web special.
- Jackson, Kristina M. (2008). Heavy Episodic Drinking: Determining the Predictive Utility of Five or More Drinks. *Psychology of Addict Behavior*, 68-77.
- Jenkins, S. K. (2009). *AIDS: Education and Prevention*. Bloomington: AuthorHouse.
- Joffe, H. (2003). Risk: From perception to social representation. *British Journal of Social Psychology*, 55-73.
- Jones, D. L., Owens, M. I., Lydston, D., Tobin, J. N., Brondolo, E., & Weiss, S. M. (2010). Self-efficacy and distress in women with AIDS: the SMART/EST women's project. *AIDS Care*, 22, 1499-1508.
- Jornal Oficial da União Europeia. (20 de 12 de 2008). Plano de Acção da UE em Matéria de Luta Contra a Droga (2009-2012). *Jornal Oficial da União Europeia* (C326), pp. 7-25.
- Justus, A. N., Finn, P. R., & Steinmetz, J. E. (2000). The Influence of Traits of Disinhibition on the Association Between Alcohol Use and Risky Sexual Behavior. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1028-1035.
- Kalichman, S. C., Simbayi, L. C., Kaufman, M., Cain, D., & Jooste, S. (2007). Alcohol Use and Sexual Risks for HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: Systematic Review of Empirical Findings. *Prevention Science*, 141-151.
- Kallings, L. O. (2008). The first postmodern pandemic: 25 years of HIV/AIDS. *Journal of Internal Medicine*, 218-243.
- Kevin Watkins. (2005). *Relatório do Desenvolvimento Humano 2005*. New York: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento.
- Khalsa, J., & Vocci, F. (2007). Management of HIV/HCV Coinfection in Drug Abusers. In G. Barbaro, F. Nava, A. Lucchini, & G. Barbarini, *Management of Medical Disorders Associated with Drug Abuse and Addiction* (pp. 161-186). Nova Publishers.
- Komaroff, Anthony; Connery, Hilary Smith;. (2011). *Alcohol use and Abuse*. Harvard Health Publications.
- Krentz, H., Auld, M., & Gill, M. (2004). The high cost of medical care for patients who present late (CD4 <200 cells/microL) with HIV infection. *HIV Medicine*, 93-8.
- Leigh, Barbara C. & Stall, Ron (1993). Substance use and risky sexual behavior for exposure to HIV: Issues in methodology, interpretation, and prevention. *American Psychologist*, 1035-1045.
- Levy, J. A. (2008). *El VIH y la patogenesis del SIDA*. Mexico: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER).
- Lin, P., Simoni, J. M., & Zemon, V. (2005). The Health Belief Model, Sexual Behaviors, and HIV Risk among Taiwanese Immigrants. *AIDS Education and Prevention*, 469-483.
- MacDonald, T. K., MacDonald, G., Zanna, M. P., & Fong, G. (2000). Alcohol, sexual arousal, and intentions to use condoms in young men: Applying alcohol myopia theory to risky sexual behavior. *Health Psychology*, 290-298.

- Maguiña, J. L., Konda, K. A., Leon, S. R., Lescano, A. G., Clark, J. L., Hall, E. R., et al. (2013). Relationship Between Alcohol Consumption Prior to Sex, Unprotected Sex and Prevalence of STI/HIV Among Socially Marginalized Men in Three Coastal Cities of Peru. *AIDS Behav.* , 1724–1733.
- Maia, T. (2010). O estudo do comportamento humano: em foco a pesquisa qualitativa. *Revista eletrônica de administração*.
- Maisto, Stephen A., Carey, Michael P., Carey, Kate B., Gordon, Christopher M., Schum, Jennifer L., Lynch, Kevin G. (2004). The Relationship Between Alcohol and Individual Differences Variables on Attitudes and Behavioral Skills Relevant to Sexual Health Among Heterosexual Young Adult Men. *Archives of Sexual Behavior*, p. 571-584.
- Marra, A., & Burattini, M. (2004). Síndrome da Imundeficiência adquirida – AIDS. In S. Seibel , & A. Toscano, *Dependência de drogas* (pp. 442-453). São Paulo,: Editora Atheneu.
- Mbulaiteye, S. M., Ruberantwari, A., Carpenter, L. M., Kamali, A., & Whitworth, J. A. (2000). Alcohol and HIV: a study among sexually active adults in rural southwest Uganda. *International Journal of Epidemiology* , 911-915.
- McEwan, R.T., McCallum, A., Bhopal, R.S. & Madhok, R. (1992). Sex and the risk of HIV infection: the role of alcohol. *British Journal of Addiction*, p. 577-84.
- McManus, Thomas J. & Coxon, Anthony P.M. (1993). *No connection between alcohol use and unsafe sex among gay and bisexual men. AIDS: Epidemiology and Social: short communication.*
- Ménard, D., Mavolomadé, E. E., Mandeng, M.-J., & Talarmin, A. (2003). Advantages of an alternative strategy based on consecutive HIV serological tests for detection of HIV antibodies in Central African Republic. *Journal of Virological Methods* , 129-134.
- Menon, G., Raghurir, P., & Agrawal, N. (2008). Health risk perceptions and consumer psychology. In C. P. Haugtvedt, P. M. Herr, & F. R. Kardes, *Handbook of consumer psychology* (pp. 981-1010). New York: Psychology Press .
- Minayo, M. C., & Sanches, O. (1993). Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade?. *Cadernos de Saúde Pública* , 239-262.
- Ministério da Saúde. Comissão de Luta Contra a Sida . (2003). *Plano estratégico de luta contra a infeção pelo VIH/SIDA para o triénio 2001 - 2003* . Lisboa: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. Coordenação Nacional para a infeção ViH/sida . (2007). *o programa Nacional de prevenção e controlo da infeção pelo ViH/ sida – 2007/2010* . Lisboa: Coordenação Nacional para a infeção ViH/sida .
- Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Miranda, A. C. (2009). As implicações do diagnóstico tardio. *Arquivos de Medicina* , 67-67.
- Mishra, V., & Assche, S. B.-V. (2009). *Concurrent Sexual Partnerships and HIV Infection: Evidence from National Population-Based Surveys*. United States Agency for International Development (USAID).

- MMWR Weekly. (24 de September/June de 1983). 'Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS): Precautions for Health-Care Workers and Allied Professionals. pp. 309-311.
- Moore, R. D., & Chaisson, R. E. (1999). Natural history of HIV infection in the era of combination antiretroviral therapy . *AIDS* , 1933–1942.
- Murgraff, V., Parrott, A. & Bennett, P. (1999). Risky single-occasion drinking amongst young people-definition correlates, policy and intervention: a broad overview of research findings. *Alcohol and Alcoholism*, 3-14.
- Muscat, R., van de Mheen , D., & Barendregt, C. (2010). *Towards an integrated policy on psychoactive substances: a theoretical and empirical analysis*. Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- NAM. (2013). *resources - preventing HIV*. Obtido em 10 de 11 de 2013, de Nam - aidsmap: <http://www.aidsmap.com/Summary-is-treatment-prevention/page/1746444/>
- NAM. (s.d.). *stages of HIV infection*. From aidsmap: <http://www.aidsmap.com/Stages-of-HIV-infection/page/1254900/>
- Napper, L. E., Fisher, D. G., & Reynolds, G. (2012). Development of a perceived risk of HIV scale. *AIDS Behav.* , 1075-1083.
- NAT. (2014). *Our-thinking: Prevention and testing*. From NAT - transforming de UK response to HIV: <http://www.nat.org.uk/Our-thinking/Prevention-and-testing/Testing.aspx>
- National Institute of Allergy and Infectious Diseases [NIAID]. (2009). *HIV/AIDS*. Retrieved 2012-12-10 from National Institute of Allergy and Infectious Diseases: <http://www.niaid.nih.gov/topics/hivaids/understanding/biology.aspx>
- National Research Council. (1996). *Pathways of Addiction: Opportunities in Drug Abuse Research*. Washington, DC: The National Academies Press.
- Negreiros, J. (2006). Comportamentos de risco de infecção pelo VIH em consumidores de heroína injetada: impacto da duração dos consumos e da seropositividade. *Revista Toxicodependências* , 3-10.
- Negreiros, J. (2006a). *Injeção de Drogas, Comportamento Sexual e Risco de VIH*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- NIAAA. (2013). *Women and Alcohol*. Obtido de NIAAA: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/womensfact/womensFact.pdf>
- Noar, S. M., & Zimmerman, R. S. (2005). Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? *HEALTH EDUCATION RESEARCH* , 275-290.
- Nogueira, H., & Remoaldo, P. C. (2010). *Olhares Geográficos sobre a Saúde*. Lisboa: Edições Colibri .
- Norman, P., Boer, H., & Seydel, E. R. (2005). Protection motivation theory. In M. Conner, & P. Norman, *Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models* (pp. 81-126). Maidenhead: Open University Press.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2013). *Relatório Europeu sobre drogas: tendências e evoluções*. Lisboa: Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência .

- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. (2012). *Evolução do fenómeno da Droga na Europa - Relatório anual de 2012*. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência.
- Oleske, J., Minnefor, A., Cooper, R., Thomas, K., Cruz, A. d., Ahdieh, H., et al. (1983). Immune Deficiency Syndrome in Children. *JAMA*, 2345-2349.
- ONUSIDA. (1997). *Aconselhamento e HIV/SIDA*. ONUSIDA.
- Oswald, K. (2012). *Alcoholic hepatitis linked to hepatitis C risk*. Retrieved 2012 - 12-10 from News Medical: <http://www.news-medical.net/news/20120709/Alcoholic-hepatitis-linked-to-hepatitis-C-risk.aspx>
- Painter, J., Borba, C., Hynes, M., Mays, D., & Glanz, K. (2008). The use of theory in health behavior research from 2000 to 2005: a systematic review. *ann. behav. med.*, 358-362.
- Paixão, M. T. (2000). A Situação Epidemiológica HIV/AIDS em Portugal em 2001 e Previsões para 2002. *2º Congresso Virtual HIV-AIDS*. AidsPortugal.com.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social Science & Medicine*, 13-24.
- Patrick, M. E., O'Malley, P. M., Johnston, L. D., Terry-McElrath, Y. M., & Schulenberg, J. E. (2012). HIV/AIDS Risk Behaviors and Substance Use by Young Adults in the United States. *Prevention Science*, 532-538.
- Pechansky, F. (2001). Modelo teórico de exposição a risco para transmissão do vírus HIV em usuários de drogas. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, p. 41-47.
- Pechansky, F.; Von Diemen, L. & Genro, V. K. (2001). Presença de situações de risco para a transmissão do HIV em usuários de drogas não-injetáveis. *Revista de psiquiatria clínica*, p. 157-159.
- Pedro, M. (2008). Testes serológicos e virulógicos. In F. Antunes, *Manual sobre Sida* (3ª Edição ed., pp. 119-130). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Perelman, J. (2009). Teste voluntário do VIH/sida em Portugal, acompanhado de aconselhamento e referenciação: Relevância da avaliação económica. *Arquivos de Medicina*, 64-64.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para as Ciências Sociais: a Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Petry, Nancy M. (1999). Alcohol use in HIV patients: what we don't know may hurt us. *International Journal of STD & AIDS*, p. 561-570.
- Piedade, J., Viveiros, M., & Esteves, A. (3 de março de 2001). *Biologia s*. Obtido em 3 de 10 de 2012, de Ordem dos Biólogos: <http://www.ordembilogos.pt/Biologias.html>
- Plant, M. A. & Plant, M. L. (1992) *Risk Takers: Alcohol, Drugs, Sex and Youth*. Tavistock/Routledge, London.
- Plant, M.L., Plant, M.A., Peck, D.F. & Setters, J. (1989). The sex industry, alcohol and illicit drugs: implications for the spread of HIV infection. *British Journal of Addiction*, p. 53-9.
- PlotinoKoff, Ronald C. & Higginbotham, N. (2002). Protection Motivation Theory and exercise behaviour change for the prevention of heart disease in a high-risk, Australian representative community sample of adults. *Psychology, Health & Medicine*, 87-98.

- Plotnikoff, Ronald C. & Higginbotham, N. (1998). Protection motivation theory and the prediction of exercise and low-fat diet behaviors among Australian cardiac patients. *Psychology and Health*, 411-29.
- Pope, C., & Mays, N. (1995). Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ*, 42-45.
- Prata, N., Morris, L., Mazive, E., Vahidnia, F., & Stehr, M. (2006). Relationship Between HIV Risk Perception and Condom Use: Evidence from a Population-Based Survey in Mozambique. *International Family Planning Perspectives*.
- Preiser, W., & Korsman, S. (s/d). *HIV Medicine. AidsPortugal*. Retrieved 2012- 20-01 from HIV Medicine: http://hivmedicine.aidsportugal.com/02_Test.php.
- Prescott C. A. 2003. *Alcoholism and drug addiction*. Encyclopedia of the human genome. London: Nature Publishing Group.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller, & N. Heather, *Treating Addictive Behaviors* (pp. 3-27). New York: Plenum Press.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *12*, pp. 38-48.
- Raupp, F. M., & Beuren, I. M. (2003). Metodologia da pesquisa aplicável às Ciências Sociais. In I. M. Beuren, *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática* (pp. 76-97). São Paulo.
- Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use. (2010). *Consensus Statement of the Reference Group to the United Nations on HIV and Injecting Drug Use*.
- Regional Committee for Europe. (2011). *European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012–2020*. Copenhagen : WHO The Regional Office for Europe.
- Regional Office for Europe. (2012). *HIV/AIDS Facts and Figures*. Obtido em 02 de 11 de 2012, de World Health Organization/Europe : <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/hivaids/facts-and-figures>
- Rehm, J. (2011). The Risks Associated With Alcohol Use and Alcoholism. *Alcohol Res Health*, 135–143.
- Rehm, Jürgen; Baliunas, Dolly; Borges, Guilherme L. G.; Graham, Kathryn; Irving, Hyacinth; Kehoe, Tara; Parry, Charles D.; Patra, Jayadeep; Popova, Svetlana; Poznyak, Vladimir; Roerecke, Michael; Room, Robin; Samokhvalov Andriy V. & Taylor, Benjamin (2010). The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*, 817–843.
- Remien, R. H., & Mellins, C. M. (2007). Long-term psychosocial challenges for people living with HIV: let's not forget the individual in our global response to the pandemic. *AIDS*, S55-S63.
- Rhodes, T., Barnard, M., Fountain, J., Hariga, F., Avilés, N., Vicente, J., et al. (2001). *Injection Drug use, risk behaviour and qualitative research in time of AIDS*. Luxemburg: EMCDDA.
- Rhodes, T., Stimson, G. V., Crofts, N., Ball, A., Dehne, K. L., & Khodakevich, L. (1999). Drug injecting, rapid HIV spread and the 'risk environment'. *AIDS*, S259–S269.

- Ribeiro, J. L. (2010). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Ribeiro, J. P. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto.
- Rohrmann, B. (2008, June). *Risk perception, risk attitude, risk communication, risk management: a conceptual appraisal*. Keynote at the congress of The International Emergency Management Society TIEMS, Prague/Czechia.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. In R. J. DiClemente, & J. L. Peterson, *Preventing AIDS: Theories and methods of Behavioral Interventions* (pp. 5-24). New York: Plenum Press.
- Rubbert, A., Beherens, G., & Ostrowsky, M. (12 de 11 de 2011). *Patogénese da Infecção pelo VIH - I*. Obtido em 11 de 11 de 2012, de hiv medicine. aidsportugal: http://hivmedicine.aidsportugal/html/hiv_page=3_Patophys.php
- Sahlu T., Kassa E., Agonafer T., Tsegaye A., Rinke de Wit T., Gebremariam H., Doorly R., Spijkerman I., Yeneneh H., Coutinho R. A., Fontanet A. L. (1999). Sexual behaviours, perception of risk of HIV infection, and factors associated with attending HIV post-test counselling in Ethiopia. *AIDS*.13(10):1263-72.
- Santos, G. M., Coffin, P. O., Das, M., Matheson, T., DeMicco, E., Raiford, J. L., et al. (2013). Dose-Response Associations Between Number and Frequency of Substance Use and High-Risk Sexual Behaviors Among HIV-Negative Substance-Using Men Who Have Sex With Men (SUMSM) in San Francisco. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* , 540–544.
- Saville, R. D., Constantine, N. T., Cleghorn, F. R., Jack, N., Bartholomew, C., Edwards, J., et al. (2001). Fourth-Generation Enzyme-Linked Immunosorbent Assay for the Simultaneous Detection of Human Immunodeficiency Virus Antigen and Antibody. *Journal of Clinical Microbiology* , 2518–2524.
- Sax, P. E., Cohen, C. J., & Kuritzkes, D. R. (2012). *HIV Essentials*. Burlington, MA: Jones & Bartlett.
- Schieferstein, C., & Buhk, T. (s.d.). *HIVMedicine.AidsPortugal*. Obtido em 12 de 04 de 2012, de [hivmedicine.aidsportugal: http://hivmedicine.aidsportugal.com/html/hiv_printd1b6.html?print_page=06_Side_Effects.php](http://hivmedicine.aidsportugal.com/html/hiv_printd1b6.html?print_page=06_Side_Effects.php)
- Schiff, E. R., & Ozden, N. (2004). *NIAAA publications*. Retrieved 2012 йил 08-08 from National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arh27-3/232-239.htm>
- Schlebusch , L., & Vawda , N. (2010). HIV-infection as a self-reported risk factor for attempted suicide in South Africa. *African Journal of Psychiatry* , 280-3.
- Schmälzle, R., Schupp, H. T., Barth, A., & Renner, B. (2011). Implicit and explicit processes in risk perception: neural antecedents of perceived HIV risk. *Frontiers in Human Neuroscience* , 1-10.
- Schüklenk , U., & Philpott , S. (2011). AIDS: The time for changes in law and policy is now. *International Journal of Law in Context* , 305-17.
- Scott-Sheldon, L. A., Carey, M. P., & Carey, K. B. (2010). Alcohol and Risky Sexual Behavior among Heavy Drinking College Students. *AIDS Behav.* , 14(4), 845–853.

- Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias de integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, 187-192.
- Shafer, M. A., & Boyer, C. B. (1991). Psychosocial and behavioral factors associated with risk of sexually transmitted diseases, including human immunodeficiency virus infection, among urban high school students. *J. Pediatric*, 826-33.
- Shuper, P. A., Joharchi, N., Irving, H., & Rehm, J. (2009). Alcohol as a Correlate of Unprotected Sexual Behavior Among People Living with HIV/AIDS: Review and Meta-Analysis. *AIDS and Behavior*, 1021-1036.
- Shuper, P. A., Neuman, M., Kanteres, F., Baliunas, D., Joharchi, N., & Rehm, J. (2010). Causal Considerations on Alcohol and HIV/AIDS — A Systematic Review. *Alcohol and Alcoholism*, 159-166.
- Sidibé, M., Piot, P. & Dybul, M. (2012). AIDS is not over. *Lancet*, p. 2058-2060.
- Singer M. (1999). Studying hidden and hard-to-research populations. In: Schensul JJ, LeCompte MD, Trotter RT, Cromley EK, Singer M, eds. *Mapping Networks, Spatial Data, and Hidden Populations*. Walnut Creek, Calif: Altamira Press; 1–36. The Ethnographer's Toolkit, Vol. 4.
- Sjoberg, L., Moen, B.-E., & Rundmo, T. (2004). *Explaining risk perception. An evaluation of the psychometric paradigm in risk perception research*. Trondheim: Rotunde publikasjoner.
- Speizer, I. S., Gómez, A. M., Stewart, J., & Voss, P. (2011). Community-Level HIV Risk Behaviors and HIV Prevalence among Women and Men in Zimbabwe. 437-447.
- Steele, C. M., & Josephs, R. A. (1990). Alcohol myopia. Its prized and dangerous effects. *The American Psychologist*, 921-33.
- Strecher, V. J., & Rosenstock, I. M. (1997). The Health Belief Model. In A. Baum, *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine* (pp. 113-116). Cambridge: Cambridge University Press.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Boston: Pearson Education. Inc.
- Takács, J., Kelly, J. A., PTóth, T., Mocsonaki, L. & Amirkhanian., Y.A. (2013) Effects of Stigmatization on Gay Men Living with HIV/AIDS in a Central-Eastern European Context: A Qualitative Analysis from Hungary. *Sexuality Research and Social Policy*, p. 24-34.
- Teixeira, Zélia M. (2004). *A construção e validação de uma narrativa protótipo para o alcoolismo*. (tese de doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Thompson, S. C., Kent, D. R., Thomas, C. & Vrungos, S. (1999). Real and Illusory Control Over Exposure to HIV in College Students and Gay Men. *Journal of Applied Social Psychology*. 1128–1150.
- Toepell, A. R. (2003). The Health belief Model and Safer Sex: Implications for women's health. *Women's Health & Urban Life*, 2 (1), 23-41.
- Torres, G., Davim, R., & Almeida, M. C. (1999). Conhecimentos e opiniões de um grupo de adolescentes sobre a prevenção da AIDS. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 41-46.

- Traube, D. E., Holloway, I. W., & Smith, L. (2011). Theory development for HIV behavioral health: empirical validation of behavior health models specific to HIV risk. *AIDS Care*, 663-670.
- Trillo, A. D., Merchant, R. C., Baird, J. R., Ladd, G. T., Liu, T., & Nirenberg, T. D. (2013). Interrelationship of alcohol misuse, HIV sexual risk and HIV screening uptake among emergency department patients. *BMC Emergency Medicine*, 13 -9.
- Timiun, Godwin A. (2011). Sexual Webs Model for the Examination of Contraceptive Method Choice, Switching and Discontinuation. *European Journal of Social Sciences*, p.161.
- Trotta, M., Ammassari, A., Melzi, S., Zaccarelli, M., Ladisa, N., Sighinolfi, L., et al. (2002). Treatment-related factors and highly active antiretroviral therapy adherence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, S128-31.
- Tsui H., Lau J.T.F., Xiang W., Gu J., Wang Z. (2012). Should Associations between HIV-Related Risk Perceptions and Behaviors or Intentions Be Positive or Negative? *PLoS ONE* 7(12): e52124.
- Turner, C. F., Miller, H. G., & Moses, L. E. (1989). *AIDS, Sexual Behavior, and Intravenous Drug Use*. Committee on AIDS Research and the Behavioral, Social, and Statistical Sciences; National Research Council.
- Turrisi, R., Mallett, K. A. Mastroleo, N. R. & Larimer, M. E. (2006). Heavy drinking in college students: who is at risk and what is being done about it?. *Journal of General Psychology*, 401-20.
- UNAIDS. (2010). *Getting to zero: 2011-2015 strategy Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- UNAIDS. (2011). *AIDS at 30 - Nations at the crossroads*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) . WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- UNGASS. (2001). *Declaration of Commitment on HIV/AIDS*. Geneva: UNAIDS.
- United Nations Development Programme. (2005). *Human Development Report. International cooperation at a crossroads: Aid, trade and security in an unequal world*. New York: United Nations Development Programme.
- United Nations. (2005). *The Millennium Development Goals Report 2005*. New York: Uited Nations.
- United nations. (2006). *Political Declaration on HIV/AIDS*. Geneva: United Nations.
- UNODC. (2012). *World Drug Report 2012*. Vienna: United Nations publication.
- Vanable, P.A., McKirnan, D.J., MacQueen, K. Bartholow, B., Buchbinder, S, Douglas, J. & Judson, F. (2004). Alcohol use and high-risk sexual behavior among men who have sex with men: The effects of consumption level and partner type. *Health Psychology*, 525-532.
- Vilar, J. L. (2003). La evolución histórica y conceptual del alcoholismo. In E. G. Usieto, S. M. Caviedes, G. C. Martínez, & J. R. Hermida, *Manual SET de Alcoholismo* (pp. 1-17). Madrid: Médica Panamericana.

- Weber, B., Fall, E. H., Berger, A., & Doerr, H. W. (1998). Reduction of Diagnostic Window by New Fourth-Generation Human Immunodeficiency Virus Screening Assays. *Journal of Clinical Microbiology*, 2235–2239.
- Weinhardt, L. S., Carey, M. P., Carey, K. B., Maisto, S. A., & Gordon, C. M. (2001). The Relation of Alcohol Use to HIV-Risk Sexual Behavior Among Adults with a Severe and Persistent Mental Illness. *J Consult Clin Psychol.*, 77–84.
- WHO Regional Office for Europe. (2010). *European Status Report on Alcohol and Health 2010*. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO Regional Office for Europe. (2011). *The European Action Plan for HIV/AIDS 2012–2015*. Copenhagen: World Health Organization.
- Wodak, A., & Mcleod, L. (2008). The role of harm reduction in controlling HIV among injecting drug users. *AIDS*, S81-S92.
- World Health Organization. (2004). *Rapid HIV tests: guidelines for use in HIV testing and counselling services in resource-constrained settings*. Geneva, Switzerland: WHO publications.
- World Health Organization. (2006). *Antiretroviral therapy for HIV infection in adults and adolescents: recommendations for a public health approach*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- World Health Organization. (2007). *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- World Health Organization. (2012). *Antiretroviral Treatment as Prevention (TasP) of HIV and TB: 2012 update*. Geneva: WHO Press.
- World Health Organization. (2004). *HIV Assays: Operational Characteristics Report 14 / Simple/Rapid tests*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- World Health Organization. (2009). *Women and Health*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization.. (2011). *Global status report on alcohol and health*. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Yzer, M.C., Fisher, J.D., Bakker, A.B., Siero, F.W., & Misovich, S.J. (1998). The effects of information about AIDS risk and self-efficacy on women's intentions to engage in AIDS preventative behaviour. *Journal of Applied Social Psychology*, 1837-52.
- Zablotska, I. B., Gray, R. H., Serwadda, D., Nalugoda, F., Kigozi, G., Sewankambo, N., et al. (2006). Alcohol use before sex and HIV acquisition: a longitudinal study in Rakai, Uganda. *AIDS*, 1191–1196.
- Zanella, A. V., & Sais, A. P. (2008). Reflexões sobre o pesquisar em psicologia como processo de criação ético, estético e político. *Análise Psicológica*, 679-687.

ANEXOS

Anexo I

Timeline das políticas para o VIH/SIDA em Portugal

- 1985** ○ É emitido o primeiro **comunicado relativo à SIDA**, através da circular normativa n.º 35/85, de 05 de Setembro de 1985 da Secretaria-geral do Ministério da Saúde.
É constituído o primeiro **grupo de trabalho da SIDA**, Aviso da Secretaria –geral do Ministério da Saúde, DR n.º 241, II série, 19 de Outubro de 1985.
- 1986** ○ O Ministério da Saúde determina **medidas de profilaxia da SIDA** nos centros de hemodiálise, de histocompatibilidade e de transplantação através do Despacho 11/86, publicado no DR n.º 102, II série, 5 de Maio de 1986.
São determinadas medidas com vista a **proteger os doentes a quem deva ser administrado sangue humano**, os seus componentes ou frações, da possibilidade da transmissão do VIH/SIDA. Despacho 12/86 do Ministério da Saúde, publicado no DR n.º 102, II série, 5 de Maio de 1986.
- 1987** ○ Resolução do Conselho de Ministros n.º 23/87, de 21 de Abril – Dentro do plano que aprova, relativo ao tráfico ilícito e uso indevido de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, determina **medidas específicas com o propósito de prevenir a propagação da SIDA entre os toxicómanos**.
Despacho, Ministro da Saúde, in DR n.º 116, II Série, de 21 de Maio de 1987 – Determina que o **Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge**, seja o laboratório central de referência no âmbito da SIDA.
Despacho 3/87, Ministério da Saúde, in DR n.º 116, II Série, 21 de Maio de 1987 – Estabelece o **regime de utilização de um novo medicamento "Retrovir"**, sujeito a normas a definir pela Direcção Geral dos Hospitais, ouvido o Grupo de Trabalho da SIDA.
- 1988** ○ Parecer sobre a competência dos institutos de medicina legal para procederem a **autópsias em caso de suspeita de SIDA**, Procuradoria-geral da República, in DR n.º120, II Série, 24 de Maio de 1988.
- 1989** ○ Despacho 30/89, Ministério da Saúde, in DR n.º 197, II Série, de 26 de Agosto de 1989 – Determina, sob proposta do Grupo de Trabalho da SIDA, a alteração do Despacho 11/86, publicado no Diário da República, de 5 de Maio de 1986, que passa a ter uma nova redacção onde se lê «anti-LAV», e ou «anti-HTLV-III», deve ler-se agora «**VIH, tipos 1 e 2**» passando a ser obrigatória, nos casos expressos no citado Despacho, a **pesquisa de anti-corpos HIV, tanto do tipo 1 como do tipo 2**.

1989 (cont.) ○ Despacho 31/89, Ministério da Saúde, in DR n.º 196, II Série, de 26 de Agosto de 1989 – Determina, sob proposta do grupo de trabalho da SIDA, a alteração do n.º 1 do Despacho 12/86, publicado no DR n.º 102, 2ª, de 5 de Maio de 1986, que passa a ter uma nova redacção incluindo agora referência também à **pesquisa de anticorpos antiVIH do tipo 2**.

Decreto Legislativo Regional n.º 14/89/A, de 10 de Agosto – Estabelece normas relativas aos dadores de sangue na Região Autónoma dos Açores.

1990 ○ O Grupo de Trabalho da SIDA passa a designar-se **Comissão Nacional de Luta Contra SIDA**, competindo-lhe o VIH/SIDA – Disposições Normativas da Escola Nacional de Saúde Pública com implementação de acções de luta contra a SIDA nas suas múltiplas vertentes - preventiva, educativa, assistencial, de investigação, de aconselhamento e de acompanhamento, sendo a mesma apoiada por um conselho consultivo e por uma direcção executiva, cuja constituição se refere. Esta determinação foi publicada no Despacho 5/90, Ministério da Saúde, in DR n.º 78, II Série, 3 de Abril de 1990.

É determinada a **obrigatoriedade de comunicação** à Direcção Geral dos Cuidados de Saúde Primários dos **óbitos causados por diversas doenças entre elas a SIDA**, Despacho, Director Geral dos Cuidados de Saúde Primários, DR n.º 108, II Série, 11 de Maio de 1990.

Decreto Legislativo Regional n.º 11/90/M, 22 de Maio, DR n.º 117, I Série – Define o conjunto de direitos de que são titulares os dadores benévolos de sangue na Região Autónoma da Madeira.

Decreto-Lei n.º 294/90, de 21 de Setembro – Cria o Instituto Português de Sangue.

1991 ○ **Todos os casos de infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (VIH) devem ser notificados** à Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA, e são estabelecidas as regras de fornecimento e os encargos decorrentes do tratamento com o medicamento Retrovir, Despacho 14/91, Ministro da Saúde, in DR n.º 164, II Série, de 19 de Julho de 1991.

É aprovado o Regulamento sobre Transfusão de Sangue, Despacho 19/91, Ministério da Saúde, in DR n.º 210, 12 de Setembro de 1991, II Série .

1992 ○ Este é um ano produtivo em termos de disposições normativas, para além de ter sido determinada a criação de um grupo de trabalho que deveria proceder a uma análise dos problemas suscitados pela Associação Portuguesa de Hemofílicos, bem como das condições em que os estabelecimentos de saúde efetuavam os testes de detecção do VIH/SIDA nas unidades de sangue transfundidas, Despacho, Ministro da Saúde, in DR n.º 20, II Série, de 24 de Janeiro de 1992.

Foi também estabelecido o regime de **taxas moderadoras** para o acesso aos serviços de saúde, mas que **isentou** do seu pagamento os doentes com SIDA e os seropositivos, constituindo-se como a primeira medida de facilitação do acesso destas pessoas ao tratamento, Decreto-Lei n.º 54/92, de 11 de Abril .

Ainda neste mesmo ano, é determinada a criação da Comissão de Interpretação de Resultados de Análises para Detecção de Doenças Transmissíveis, destinada a estabelecer critérios interpretativos obtidos nas análises para **detecção de doenças transmissíveis nos produtos derivados do plasma humano**, Despacho, Ministro da Saúde, in DR n.º 164, II Série, de 18 de Julho de 1992.

Despacho, Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, in DR n.º 189, II Série, 18 de Agosto de 1992 – Determina a criação do **Fundo de Apoio Social aos Hemofílicos Infectados com o vírus da SIDA**.

Despacho 17/92, Ministro da Saúde, in DR n.º 238, II Série, de 15 de Outubro de 1992– Determina a criação do Prémio para Trabalhos de Jornalismo sobre a SIDA, a atribuir anualmente no âmbito das comemorações do Dia Mundial da SIDA e publica o respectivo regulamento.

Despacho 22/92, Ministro da Saúde, in DR n.º 6, II Série, 8 de Janeiro de 1993 - Determina os requisitos a que deve obedecer a aquisição de produtos derivados do plasma humano destinados aos serviços e estabelecimentos do Ministério da Saúde durante o ano de 1993, a título provisório, em virtude de não estarem ainda cumpridas todas as condições para que o abastecimento daqueles produtos seja efetuado através de concurso organizado pela Secretaria-Geral daquele Ministério.

Despacho 23/92, Ministro da Saúde, in DR n.º 9, II Série, 12 de Janeiro de 1993 – Determina a alteração dos n.ºs 1, 3 e 5 do Despacho 4/92, publicado no DR, 79, de 3-4-92, em virtude das alterações da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.

1993 ○ Despacho 8/93, Ministro da Saúde, DR n.o 70, II Série, 24 de Março de 1993 – Determina as condições de fornecimento e utilização do medicamento "Videx" (didanosina) e define as entidades a quem compete assumir os respectivos encargos.

Decreto-Lei n.o 237/93, de 3 de Julho – Prevê a celebração de convenções de arbitragem com os doentes infectados com o vírus da SIDA. Rectificado pela Declaração n.o 147/93, publicada no DR n.o 204, Série I-A, 3o Suplemento, de 31 de Agosto de 1993.

Despacho Conjunto A-30/93-XII, Ministérios das Finanças, da Justiça e da Saúde, in DR n.o 216, II Série, 14 de Setembro de 1993 - Apresenta a proposta de convenção de arbitragem, a celebrar entre o Estado e cada um dos hemofílicos ao abrigo do art.º 1o do Decreto-Lei n.o 237/93, de 3-7.

Despacho n.o 32/93, Ministro da Saúde, DR n.o 22, II Série, 27 de Janeiro de 1994 – Determina, a título provisório, os **requisitos a que deve obedecer a aquisição de produtos derivados do plasma humano** destinados aos serviços e estabelecimentos do Ministério da Saúde, em virtude de se ter verificado a interposição de recurso no âmbito do concurso centralizado para a selecção daqueles produtos.

1994 ○ Despacho 6/94, Secretário de Estado da Saúde, in DR n.o 154, II Série, 6 de Julho de 1994 – Determina que o medicamento "Apo Zidovudine" seja fornecido nos termos estabelecidos para o medicamento "Retrovir" pelo Despacho 14/91, de 3-7, publicado no DR n.o 164, 2a, de 19-7-91.

Despacho Conjunto, Ministros da Saúde, e do Emprego e da Segurança Social, in DR n.o 166, II Série, 20 de Julho de 1994 – Determina que no início de cada trimestre a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa transfira para o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, o produto de 25 % dos resultados líquidos do JOKER apurados no trimestre anterior consignados às acções coordenadas pela Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.

1995 ○

Portaria n.o 21/95 (II Série), de 14 de Janeiro, DR n.o 12, II Série – Reconhece a Fundação Portuguesa «A comunidade contra a SIDA».

Despacho 56/94, Ministro da Saúde, DR n.o 17, II Série, 20 de Janeiro de 1995 – Determina a reestruturação da Comissão de Fomento em Cuidados de Saúde, à qual competirá, entre outras, **assessorar a criação do plano de investigação operacional na área de cuidados de saúde, primários e diferenciados**, nos temas prioritários da SIDA, tuberculose e outras doenças infecciosas etc.

Decreto-Lei no 48/95, de 15 de Março – Aprova o Código Penal. O no 2 do artigo 177o determina **a agravação das penas de um terço**, nos seus limites mínimo e máximo, para os crimes previstos nos artigos 163o a 167o e 172o a 175o (Coacção sexual, Abuso sexual de pessoa incapaz de resistência, Abuso sexual de pessoa internada, Fraude sexual, Abuso sexual de adolescentes e dependentes, Estupro e Actos homossexuais com menores) **se o agente for portador de doença sexualmente transmissível**. O n° 3 do mesmo artigo determina **a agravação das penas de metade**, nos seus limites mínimo e máximo, para os mesmos crimes e também **para o crime de Procriação artificial não consentida previsto no artigo 168o, se dos comportamentos aí descritos resultar, entre outros, a transmissão do vírus da síndrome da imunodeficiência adquirida**. Se no mesmo comportamento concorrerem as duas circunstâncias agravantes só é considerada para efeitos de determinação da pena aplicável a que tiver efeito agravante mais forte. O artigo 283o **tipifica como crime**, punido com pena de prisão de 1 a 8 anos, **a propagação de doença contagiosa de modo a criar perigo para a vida ou perigo grave para a integridade física de outrem**. Se este perigo for criado por negligência, o agente é punido com pena de prisão até 5 anos.

Despacho Conjunto, Secretários de Estado da Saúde e da Segurança Social, 5 de Maio de 1995, DR n.o 104, II Série – Determina a constituição de um grupo de trabalho com o objectivo de definir as competências dos sectores da saúde e da segurança social no âmbito do apoio às pessoas infectadas com o HIV e suas famílias.

Despacho 30/95, Ministro da Saúde, in DR n.o252, II Série, 31 de Outubro de 1995 – Adita dois números ao n.o 10 do Regulamento sobre a Transfusão de Sangue, aprovado pelo Despacho 19/91, do Ministro da Saúde, publicado no DR, 2a, de 12-9-91.

1996 ○ Despacho 1/96, Secretário de Estado da Saúde, DR n.o 57, II Série, de 7 de Março de 1996 – Determina as condições de fornecimento e utilização do HIVID (zalcitabina) e define as entidades a quem compete assumir os respectivos encargos.

Lei n.o 36/96, de 29 de Agosto – Adota providências relativamente a **cidadãos condenados em pena de prisão afectados por doença grave** e irreversível em fase terminal.

Despacho 280/96, Ministra da Saúde, in DR n.o 237, II Série, 12 de Outubro de 1996 – Estabelece regras relativamente aos **medicamentos anti-retrovíricos** destinados ao tratamento da infecção pelo VIH, no que respeita à sua **prescrição, utilização e carácter gratuito**. Divulga as Recomendações da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida Para o Tratamento anti-retrovírico.

Aviso, Ministério da Saúde, DR n.o 238, II Série, 14 de Outubro de 1996 – Protocolo de acordo celebrado entre a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida e o Programa de Promoção e Educação para a Saúde, do Ministério da Educação, com vista ao desenvolvimento, estímulo e apoio de acções de educação para a prevenção da infecção pelo VIH/SIDA junto dos conselhos directivos, professores, pessoal não docente, alunos e encarregados de educação.

Aviso, Ministério da Saúde, DR n.o 277, II Série, 29 de Novembro de 1996 – Protocolo de acordo entre a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa tendo em vista o alargamento de **apoio domiciliário a seropositivos e doentes com SIDA** a partir do Projecto Solidariedade.

1997 ○ Parecer n.o 26/95, Procuradoria Geral da República, DR n.o 96, II Série, de 24 de Abril de 1997 – Conclui que a lei portuguesa actual não exclui a emissão relativamente a indivíduos portadores do VIH do atestado de robustez física e de perfil psíquico previsto na alínea f) do artigo 22o do Decreto-Lei n.o 498/88, de 30-12. Releva da apreciação médica, através do respectivo atestado, avaliar se os indivíduos portadores do VIH dispõem ou não de robustez físico-psíquica necessária ao exercício das funções a que se candidatam.

Despacho n.o 6778/97, II Série), Ministra da Saúde, DR n.o 199, II Série, de 29 de Agosto de 1997 – Determina a alteração do Despacho n.o 280/96, publicado no DR, 2a, de 12 de Outubro de 1996, que estabeleceu as condições de prescrição e de fornecimento dos medicamentos utilizados na terapêutica da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana.

Resolução do Conselho de Ministros n.o 197/97, de 18 de Novembro - Proceda ao reconhecimento público da chamada “rede social” que inclui acções destinadas a pessoas afectadas pela toxicodependência e pelo vírus HIV.

1998 ○ Decreto-Lei n.º 216/98, de 16 de Julho – Estabelece condições mais favoráveis para o acesso a pensões por invalidez por parte de pessoas infectadas pelo HIV.

Lei n.º 65/98, de 2 de Setembro - Altera o Código Penal. Ao nº 3 do artigo 177º, que determina a agravação das penas de metade, nos seus limites mínimo e máximo, para os crimes previstos nos artigos 163º a 168º e 172º a 175º se dos comportamentos aí descritos resultar, entre outros, a transmissão do vírus da síndrome da imunodeficiência adquirida é incluída a transmissão da hepatite nas suas várias formas.

Despacho Conjunto n.º 686/98, Ministros da Educação, da Saúde, do Trabalho e da Solidariedade e Secretário de Estado da Juventude, DR n.º 232, II Série, de 8 de Outubro de 1998 – Regulamento das Comissões Distritais de Luta contra a Sida.

1999 ○ Despacho n.º 10916/99 (II Série), Ministra da Saúde, DR II Série, n.º 129. 4 de Junho de 1999 - Altera o Regulamento do Prémio para Trabalhos de Jornalismo sobre SIDA.

Despacho n.º 15290/99 (II Série), Universidade de Coimbra, in DR n.º 184, II Série, de 9 de Agosto de 1999 – Determina a criação do grau de mestre em Síndrome de Imunodeficiência Adquirida: da Prevenção à Terapêutica.

Lei n.º 134/99, de 28 de Agosto – Proíbe as discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica.

Portaria n.º 790/99, de 7 de Setembro – Aprova as tabelas gerais de inaptidão e incapacidade para a prestação de serviço por militares e militarizados nas Forças Armadas e para a prestação de serviço na Polícia Marítima.

Lei n.º 170/99, de 18 de Setembro – Adota medidas de combate à propagação de doenças infecto-contagiosas em meio prisional.

2000 ○ Portaria n.º 321/2000, de 6 de Junho – Aprova o Regulamento de Ajudas Sociais Pecuniárias concedidas a hemofílicos contaminados com o vírus da Sida e respectivos familiares.

Decreto-Lei nº 111/2000, de 4 de Julho – Regulamenta a Lei nº 134/99, de 28 de Agosto, no tocante à prevenção e à proibição das discriminações no exercício de direitos por motivos baseados na raça, cor, nacionalidade ou origem étnica.

2001

Decreto Regulamentar no 6/2001, de 5 de Maio – Aprova a lista das doenças profissionais e o respectivo índice codificado. Apesar da síndrome de imunodeficiência adquirida não constar da actual lista de doenças profissionais, o preâmbulo deste Decreto-Regulamentar prevê que possa vir a ser reconhecida como **doença profissional**, ao abrigo do no 2 do artigo 2o, do Decreto-Lei no 248/99, de 2 de Julho, em situações devidamente caracterizadas em que se verifique seroconversão no período de um ano a partir da data em que se verificou a exposição accidental ao agente.

Despacho no 14391/2001, Ministra da Saúde, DR 2a, no 158, de 10 de Julho de 2001 – Aprova o **Manual de Boas Práticas de Hemodiálise**: Contém uma listagem das doenças transmissíveis (hepatite A, hepatite B e SIDA) com relevância na diálise e instrução sobre a sua profilaxia.

Despacho, Secretário de Estado da Saúde no 14392/2001, DR 2a, no 158, de 10 de Julho de 2001 – Determina a alteração do no 5 do Despacho no 5/95, publicado no DR, 2a, de 23 de Fevereiro de 1995, que estabelece **o procedimento a que deve ser sujeita a aquisição de produtos derivados do plasma humano**, no sentido de **todo o produto ser obrigatoriamente submetido a estudo analítico, lote a lote, para marcadores de doenças transmissíveis**.

Resolução da Assembleia da República no 54/2001, de 17 de Julho – **Por uma política de cooperação no combate à sida**.

Despacho no 25360/2001, Ministro da Saúde, DR 2a, no 286 de 12 de Dezembro de 2001 – Determina a faculdade dos cidadãos estrangeiros que residam legalmente em Portugal o acesso, em igualdade de tratamento ao dos beneficiários do Serviço Nacional de Saúde, aos cuidados de saúde e assistência medicamentosa prestados pelas instituições e serviços que o constituem.

2002

Acórdão no 368/2002. Tribunal Constitucional, DR, 2a, no 247, de 25 de Outubro de 2002 – Apreciação da constitucionalidade das normas constantes dos artigos 13o, no 2, alínea e), 16o, 17o, 18o, e 19o do Decreto-Lei no 26/94, de 1 de Fevereiro, com as alterações introduzidas pela Lei no 7/95, de 29 de Março, que estabeleceu o regime jurídico relativo à organização e funcionamento das actividades de segurança, higiene e saúde no trabalho, com o fundamento na violação de preceitos constitucionais que consagram como direito fundamental a **reserva da vida privada**, designadamente, entre outros as informações e elementos atinentes ao estado de saúde de quem pretende ser ou é trabalhador de certas empresas, bem como o mecanismo coercivo que permite submeter os trabalhadores à realização de testes médicos que o médico do trabalho julgue necessários.

2003

Despacho no 3306/2003, Ministro da Saúde, DR 2a, no 41, de 18 de Fevereiro de 2003 - Determina a extinção da Comissão Nacional de Vigilância Epidemiológica.

Despacho no 3308/2003, Ministro da Saúde, DR 2a, no 41, de 18 de Fevereiro de 2003 - Determina a extinção da Comissão de Peritos de Luta contra as Doenças Transmissíveis.

Despacho no 3310/2003, Ministro da Saúde, DR 2a, no 41, de 18 de Fevereiro de 2003 - Determina a extinção da Comissão Nacional de Controlo da Infecção.

Resolução do Conselho de Ministros no 76/2003, de 21 de Maio - Prorroga o mandato do coordenador da Comissão Nacional de Luta Contra a Sida, bem como o funcionamento da respectiva estrutura de projecto.

Decreto no 36/2003, de 30 de Julho - Aprova o Acordo de Cooperação entre os Estados membros dos países da Comunidade de Língua Portuguesa sobre o Combate ao HIV/SIDA, assinado em Brasília em 30 de Julho de 2002.

Decreto-Lei no 173/2003, de 1 de Agosto - Estabelece o regime de taxas moderadoras para o acesso à prestação de cuidados de saúde no âmbito do Serviço Nacional de Saúde. Isenta do pagamento de taxa moderadora os doentes com SIDA e os seropositivos (Revoga os Decretos-lei nos 54/92, de 11 de Abril e 287/95, de 30 de Outubro).

Resolução do Conselho de Ministros no 121/2003, de 20 de Agosto - Proceda à reestruturação orgânica e funcional da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA e nomeia como encarregado de missão o Prof. Doutor António Abel Garcia Meliço Silvestre.

Despacho conjunto no 1075/2003, DR 2a Série, no 282, de 16 de Dezembro de 2003 - Determina a atribuição de um subsídio de residência ao encarregado de missão da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA o Prof. Doutor António Abel Garcia Meliço Silvestre.

2004

Despacho no 6960/2004, Secretário de Estado da Saúde, DR 2a, no 82, de 6 de Abril de 2004 - Determina a criação do Programa de Tratamento Domiciliário dos Doentes com Coagulopatias Congénitas.

Despacho no 12138/2004, Ministro da Saúde, DR 2a, no 145, de 22 de Junho de 2004 - Determina a constituição do conselho consultivo da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.

Despacho conjunto no 421/2004, Ministros da Justiça e da Saúde, DR 2a, no 163, de 13 de Julho de 2004 - Determina a criação da Comissão Toxicodpendência e Sida em Meio Prisional.

2004
(cont.)

Lei no 46/2004, de 19 de Agosto – Aprova o regime jurídico aplicável à realização de ensaios clínicos com medicamentos de uso humano (Revoga o Decreto-Lei no 97/94, de 9 de Abril).

Despacho no 26001/2004, Ministro da Saúde, DR 2a, no 293, de 16 de Dezembro de 2004 – Nomeia os representantes do Ministério da Saúde a integrar a Comissão Toxicod dependência e Sida em Meio Prisional.

Lei no 55-A/2004, de 30 de Dezembro, suplemento - Aprova as Grandes Opções do Plano para 2005 (está prevista a continuação dos programas de prevenção e tratamento da Toxicod dependência e de combate ao VIH/SIDA).

2005

Portaria no 103/2005, de 25 de Janeiro – **Integra a infecção pelo VIH na lista das doenças de declaração obrigatória.**

Lei no 12/2005, de 26 de Janeiro – Informação genética pessoal e informação de saúde.

Despacho no 5772/2005, Ministro da Saúde, DR 2a, no 54, de 17 de Março de 2005 – Estabelece **condições relativas à participação dos medicamentos anti-retrovíricos** destinados ao tratamento da infecção pelo VIH, cujas substâncias activas sejam fármacos inibidores da transcriptase reversa e da protease vírica.

Portaria no 258/2005, de 16 de Março – Integra a infecção pelo VIH na lista das doenças de declaração obrigatória. Revoga a Portaria no 103/2005, de 25 de Janeiro.

Decreto-Regulamentar no 7/2005, de 10 de Agosto – **Cria, em execução do Plano Nacional de Saúde, o Alto Comissariado da Saúde e extingue a Comissão Nacional de Luta Contra a Sida.**

Despacho no 19871/2005, Ministro da Saúde, DR 2a, no 158, 15 de Setembro de 2005 – Determina a nomeação, e as competências, do coordenador nacional para a infecção VIH/sida, bem como estabelece os objectivos gerais da respectiva coordenação.

Despacho Conjunto no 1079/2005, Ministros de Estado e das Finanças e da Saúde, DR 2a, no 243, 21 de Dezembro de 2005 – Determina a remuneração do coordenador nacional para a infecção VIH/sida.

2006 ○

Despacho no 1748/2006, Alto Comissariado da Saúde, DR 2a, no 16, 23 de Janeiro de 2006 – Nomeação dos peritos para a constituição da Comissão para a Revisão do Programa Nacional de Luta Contra a Tuberculose.

Despacho no 72/2006, Ministros da Saúde e da Justiça, DR 2a, no 17, 24 de Janeiro de 2006 – Nomeação dos peritos para a constituição de um grupo de trabalho para a elaboração de um **estudo para implementação de um plano de acção nacional para combate à propagação de doenças infecto-contagiosas em meio prisional.**

Lei n.o 46/2006, de 28 de Agosto – **Proíbe e pune a discriminação em razão da deficiência e da existência de risco agravado de saúde.**

Decreto-Lei n.o 212/2006, de 27 de Outubro – Aprova a Lei Orgânica do Ministério da Saúde.

2007 ○

Lei n.o 3/2007, de 16 de Janeiro – **Adopta medidas de combate à propagação de doenças infecto-contagiosas em meio prisional.**

Decreto-Lei n.o 34/2007, de 15 de Fevereiro – Regulamenta a Lei n.o 46/2006, de 28 de Agosto, que tem por objecto **prevenir e proibir as discriminações em razão da deficiência e de risco agravado de saúde.**

Despacho n.o 2928/2007, Ministra da Educação, DR n.o 40, II Série de 2007-02-26 – Prorroga até 31 de Agosto de 2007 o mandato do grupo de trabalho criado pelo despacho n.o 19 737/2005 (2.a série), de 15 de Julho – **educação sexual.**

Portaria n.o 299/2007, de 16 de Março – Aprova o novo modelo de ficha de aptidão, a preencher pelo médico do trabalho face aos resultados dos exames de admissão, periódicos e ocasionais, efectuados aos trabalhadores, e revoga a Portaria n.o 1031/2002, de 10 de Agosto.

Decreto-Lei n.o 102/2007, de 2 de Abril – Estabelece os princípios e directrizes de boas práticas clínicas no que respeita aos medicamentos experimentais para uso humano, bem como os requisitos especiais aplicáveis às autorizações de fabrico ou importação desses produtos, transpondo para a ordem jurídica interna a Directiva n.o 2005/28/CE, da Comissão, de 8 de Abril.

Despacho n.o 14178/2007, Ministro da Saúde, DR n.o 127, II Série de 2007-07-04 – **Aprova o Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde.**

Decreto Regulamentar n. o 76/2007, de 17 de Julho – Altera o Decreto Regulamentar n. o 6/2001, de 5 de Maio, que aprova a lista das doenças profissionais e o respectivo índice codificado

2007
(cont.)

Despacho n.º 27504/2007, Ministro da Saúde, D.R. n.º 236, Série II de 2007-12-07 – Cria o Conselho Nacional para a Infecção VIH/sida, o qual é o instrumento de coordenação e acompanhamento das políticas públicas de prevenção e controlo da infecção VIH desenvolvidas sectorialmente.

Portaria n.º 1584/2007, de 13 de Dezembro – Aprova o Regulamento para o Financiamento de Projectos e Acções no Âmbito do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção VIH/Sida – Programa ADIS.

2009

Portaria n.º 150/2009. Secretário de Estado Adjunto e da Saúde D.R. n.º 18, Série II de 2009-01-27 – Homologação dos contratos públicos de aprovisionamento que estabelecem as condições de fornecimento ao Estado de material de prevenção e detecção de infecção VIH/sida.

Parecer n.º 2/2009. Conselho Nacional de Educação D.R. n.º 78, Série II de 2009-04-22 – Parecer sobre os «Projectos de lei relativos ao regime de aplicação da educação sexual nas escolas».

Decisão no 2009/362/CE, Comissão, JOUE no 110, Série L, 1 de Maio de 2009 – Altera a Decisão 2002/253/CE que estabelece definições de casos para a notificação de doenças transmissíveis à rede comunitária ao abrigo da Decisão no 2119/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho [notificada com o número C (2009) 3517].

Despacho n.º 16485/2009 Instituto Português da Juventude, I. P., D.R. n.º 139, Série II de 2009-07-21 – Criação de equipa de projecto, designada por Gabinete de Saúde Juvenil.

Lei n.º 60/2009, de 6 de Agosto – Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar.

Lei n.º 81/2009, de 21 de Agosto – Institui um sistema de vigilância em saúde pública, que identifica situações de risco, recolhe, actualiza, analisa e divulga os dados relativos a doenças transmissíveis e outros riscos em saúde pública, bem como prepara planos de contingência face a situações de emergência ou tão graves como de calamidade pública. Despacho n.º 19935/2009, Ministros dos Negócios Estrangeiros, da Defesa Nacional, da Administração Interna, da Justiça, da Economia e da Inovação, do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde, da Educação e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, D.R. n.º 170, Série II de 2009-09-02 – Cria o Conselho Nacional para a Infecção VIH/Sida.

2009 ○ Despacho n.º 22811/2009, Ministra da Saúde, D.R. n.º 200, Série II de 2009-10-15 –
(cont.) Cria o Fórum Nacional da Sociedade Civil para o VIH/sida.

2010 ○ Resolução da Assembleia da República n.º 39/2010, de 5 de Julho – Recomenda ao Governo a adopção de medidas que visem combater a actual discriminação dos homossexuais e bissexuais nos serviços de recolha de sangue.

Despacho n.º 16159/2010, Secretário de Estado Adjunto e da Saúde, D.R. n.º 208, Série II de 2010-10-26 - Alarga o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral aos utentes infectados com o vírus do VIH/SIDA.

Timeline das políticas para as drogas em Portugal

- 1924** ○ **Primeira legislação publicada em Portugal em matéria de drogas**, com a aprovação da Lei nº 1 687, regulamentada pelo Decreto nº 10 375, de 9 de Dezembro.
- 1926** ○ Em **1926** é publicado o Decreto-Lei nº 12 210, de 24 de Agosto, que **transpõe para o direito interno as disposições e recomendações introduzidas pela Convenção Internacional do Ópio**, assinada em Haia, em 23 de Janeiro de 1912, que viria a ser revogado pelo Decreto-Lei nº 420/70, de 3 de Setembro em que foi definido o conceito legal de produtos estupefacientes e, a partir deste conceito, elaborada uma lista de substâncias anexa ao citado diploma. Foi igualmente definido o regime jurídico-penal do tráfico ilícito daquelas substâncias, bem como o do consumidor das mesmas.
- 1963** ○ No que respeita ao Tratamento, **a Lei de Saúde Mental (Lei nº 2118, de 3 de Abril), já se referia ao "tratamento das Toxicomanias"**; no entanto, não havia nenhuma estrutura para o realizar.
- 1970** ○ Em Portugal, a **expansão do abuso do consumo** de produtos psicotrópicos e substâncias estupefacientes iniciou-se a partir do início dos anos 70, com uma
- 1971** ○ aceleração de relevo a partir de 1974.
- 1973** ○ **Portugal ratificou a Convenção Única de 1961 sobre os Estupefacientes e, inicia-se pela primeira vez uma consulta de toxicodependência**, no Serviço de
- 1974** ○ Psiquiatria do Hospital de Santa Maria, em Lisboa
- 1975** ○ A Presidência do Conselho de Ministros, (Decreto-Lei nº 745/75, de 31 de Dezembro), cria o **Centro de Estudos da Juventude (CEJ)**, ao qual competia uma vertente mais preventiva e de tratamento médico-social, e o **Centro de Investigação Judiciária da Droga (CIJD)**, com atuação na área da repressão e fiscalização do tráfico ilícito de drogas.
- 1976** ○ é extinto o Centro de Estudos da Juventude (CEJ) dando lugar à **criação do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD)**, com competência no domínio da prevenção, tratamento e inserção social do toxicodependente. O **Centro de Investigação Judiciária da Droga é extinto (CIJD)** dando lugar à **criação do Centro de Investigação e Controle da Droga (CICD)**, com competência na área da repressão do tráfico ilícito de drogas. Estes dois organismos passam a ser coordenados por um terceiro, o **Gabinete Coordenador do Combate à Droga (GCCD)**, ao qual competia a coordenação das atividades por estes desenvolvidas. A organização do CEPD compreendia serviços centrais e regionais. São criadas, três Direções Regionais (Norte, Centro e Sul) sediadas no Porto, Coimbra e Lisboa, para desenvolver atividades preventivas e, no âmbito das competências dos seus Departamentos Clínicos, iniciou-se a oferta de tratamento. Nas Direções Regionais do Centro e Sul entraram em funcionamento Comunidades Terapêuticas e na do Norte um programa de substituição com metadona.
- 1977** ○
- 1979** ○ **aderiu à Convenção Sobre as Substâncias Psicotrópicas, de 1971**

- 1982** ○ pelo Decreto-Lei nº 365/82, de 8 de Setembro, foi **reestruturado o Gabinete de Coordenação do Combate à Droga**, que passa a designar-se **Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga (GPCCD)**, na dependência do Ministério da Justiça, ficando incumbido de planear e coordenar as atividades do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD), e com a missão de planear atividades preventivas e repressivas contra o tráfico ilícito de drogas, através do Grupo de Planeamento. O Centro de Investigação e Controle da Droga (CICD) é integrado na Polícia Judiciária.
- 1983** ○ com a **publicação do Decreto-Lei nº 430/83**, de 13 de Dezembro, é alinhado o direito português em matéria de drogas pelas convenções internacionais, **fomentando uma perspetiva clínica e ressocializada relativa ao consumo de drogas e uma forte repressão respeitante ao tráfico**. Com efeito, embora tenha continuado a constituir crime, o legislador interrogou-se, pela primeira vez, sobre se o consumo, ainda que ocasional, deveria ser censurado penalmente. Assim, o legislador declarou não poder deixar de reconhecer o **toxicodependente como alguém que necessita de assistência médica** e que tudo deve ser feito para o tratar, por sua causa e também pela proteção devida aos restantes cidadãos. Por isso se incitou o tratamento espontâneo, ou a partir dos seus familiares, criando condições de não intervenção do aparelho repressivo.
- 1987** ○ Foi criado O **Projeto Vida – Programa Nacional de Combate à Droga**, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 23/87, de 21 de Abril, na dependência funcional da Presidência do Conselho de Ministros. **Tratava-se de um plano integrado de combate à droga**, que contemplava 30 medidas nos domínios da prevenção, do tratamento, reabilitação e inserção social dos toxicómanos, e ainda no domínio do combate ao tráfico. Nele constava o **reforço da colaboração** do GPCCD com a Direcção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, de forma a garantir o atendimento de toxicodependentes em estruturas do Ministério da Saúde, prevendo-se incentivos às instituições e entidades privadas que desenvolvessem projetos no âmbito do seu tratamento e reabilitação socioprofissional. Ainda em 1987, dando cumprimento à medida de funcionamento de uma unidade hospitalar, foi **criado em Lisboa o Centro das Taipas**, primeira unidade do Ministério da Saúde exclusivamente vocacionada para o tratamento de toxicodependentes (Decreto-Lei nº 20-A/87 de 12 de Junho). Este Serviço congrega as valências de Consulta, Centro de Dia, Internamento de Desabilitação e Urgência. Em 1989, com base na experiência do Centro das Taipas, foram **criados**, pela Portaria nº 74/89, de 2 de Fevereiro, o **Centro de Apoio a Toxicodependentes (CAT) da Cedofeita**, no Porto, e o **Serviço de Prevenção e Atendimento a Toxicodependentes (SPAT) do Algarve**, na dependência das ARS do Porto e Faro.

1990 ○ Em 1990, é reformulado o **Projeto Vida - plano integrado de combate à droga**, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 17/90, de 21 de Abril. O objetivo era um maior compromisso político no plano de combate à droga e a mobilização da sociedade civil para a problemática da toxicod dependência. Em termos internacionais, destaca-se a **Convenção das Nações Unidas contra o tráfico ilícito de estupefacientes de 1988, assinada por Portugal, em Nova Iorque, a 13 de Dezembro de 1989**. Foi aprovada, para ratificação, pela Resolução da Assembleia da República nº 29/91, publicada em Diário da República, 1ª série, nº 205, de 6 de Setembro de 1991 e ratificada pelo Decreto do Presidente da República nº 45/91, de 6 de Setembro. Em 1990, a necessidade de reorganizar, coordenar, desenvolver e estender a outras regiões os diversos centros de prevenção e tratamento levou a que fosse **criado**, no Ministério da Saúde, o **Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicod dependência (SPTT)**, através do Decreto-Lei nº 83/90, de 14 de Março, no qual foram integrados os três serviços de saúde já referidos, existentes neste Ministério e o CEPD com os seus Centros Regionais do Norte, Centro e Sul.

1993 ○ Em matéria de política de **redução de riscos e minimização de danos**, e com o intuito de prevenir o risco de propagação de doenças infecto-contagiosas, destaca-se o **Projeto “STOP SIDA”** e o Programa **“Diz não a uma seringa em segunda mão”**. O **Projeto “STOP SIDA”**, que criou o Centro Laura Ayres, em Maio de 1993, foi uma iniciativa pioneira em Portugal, da responsabilidade da Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA (CNLCS), com a colaboração da Administração Regional de Saúde (ARS) e do Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD) do Centro. No Centro Laura Ayres fornecia-se informação, troca de seringas e efetuava-se o teste VIH gratuitamente. O **Programa “Diz não a uma seringa em segunda mão”**, criado em Outubro desse mesmo ano, da responsabilidade da Associação Nacional de Farmácias em colaboração com a Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA.

É **promulgada a denominada Lei da Droga, Decreto-Lei nº 15/93**, de 22 de Janeiro. Este Decreto é elaborado com o objetivo de **modificar o regime jurídico aplicável ao tráfico e consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas**, mais tarde regulamentado pelo Decreto Regulamentar nº 61/94, de 12 de Outubro. O referido Decreto adaptava o Direito Interno à **Convenção das Nações Unidas contra o Tráfico Ilícito de Estupefacientes de 1988, constituindo esta Convenção a razão determinante deste Diploma.**

1995 ○ É **aprovada a Lei Orgânica do SPTT (Decreto-Lei nº 43/94**, de 17 de Fevereiro) e alterada pelo Decreto-Lei nº 67/95, de 8 de Abril.

- 1995** ○ é criada na Assembleia da República uma “**Comissão Eventual para o Acompanhamento da Situação da Toxicodependência e do Tráfico de Droga em Portugal**”, que entendeu como prioritária a avaliação da situação global, ouvindo, não só os responsáveis pela área do combate ao tráfico (PJ, GNR, PSP e Direção Geral das Alfandegas), mas também os responsáveis pelo Sistema Prisional, pela representação de Portugal em instâncias internacionais, como as Nações Unidas (Comissão de Estupefacientes e Órgão Internacional de Controlo de Estupefacientes) ou o Conselho da Europa (Grupo Pompidou).
- 1997** ○ Com a Lei nº 7/97, de 8 de Março, afirma-se a **necessidade da existência de uma rede de serviços públicos para o tratamento e reinserção de toxicodependentes**, que integra Unidades de Atendimento, Unidades de Desabilitação e Comunidades Terapêuticas, para garantir o acesso a cuidados de prevenção, tratamento e reinserção social e profissional a todos os cidadãos afetados pela toxicodependência.
- 1999** ○ Em 1999, com o Decreto-Lei nº 16/99, de 25 de Janeiro é **revisto o licenciamento, funcionamento e a fiscalização do exercício da atividade das unidades privadas** que atuam na área do tratamento ou da recuperação de toxicodependentes. É também **aprovada a Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga (ENLCD)**, pela Resolução de Conselho de Ministros nº 46/99, de 26 de Maio, representando um marco significativo na produção legislativa na área de luta contra a droga. Nesse mesmo ano é **criado o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT)** pelo Decreto-Lei nº 31/99, de 5 de Fevereiro e **extinto o Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga**.
- 2000** ○ Pouco depois, quando se procedeu à revisão do regime jurídico do IPDT, no Decreto-Lei nº 90/2000, é **extinto o Projeto Vida**. A 18 de Maio, é **criado o Conselho Coordenador da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga**, para assegurar a política do Governo em todas as áreas constantes na ENLCD, pelo Decreto-Lei nº 88/2000, e **alargadas as competências do Conselho Nacional da Droga** pelo Decreto-lei nº 89/2000, **passando a designar-se Conselho Nacional da Droga e da Toxicodependência**. A este compete pronunciar-se sobre a definição e execução da ENLCD, bem como sobre todos os assuntos que, em matéria de droga e toxicodependência, lhe sejam cometidos pelo Primeiro-Ministro. No Conselho da União Europeia, foi **aprovado o Plano de Acção da União Europeia Contra as Drogas**. Com a aprovação da Lei nº 30/2000, de 29 de Novembro, é introduzido um **regime de descriminalização do consumo de drogas**, definindo-se o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, onde o consumo, aquisição e detenção para consumo próprio, passam a constituir contraordenação. São aqui também **criadas as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (CDT)**.

- 2001** ○ Foram fixados os **30 principais objetivos da luta contra a droga e toxicod dependência no horizonte 2004**, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 30/2001, de 13 de Março, e é **aprovado o Plano de Acção Nacional Contra a Droga e a Toxicod dependência – Horizonte 2004**, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 39/2001, de 9 de Abril, retendendo assim, melhorar a eficácia, a articulação e a racionalização dos meios disponíveis nas áreas da prevenção, da redução de riscos e minimização de danos, do tratamento, da reinserção social, do combate ao tráfico ilícito de drogas e branqueamento de capitais, da formação, informação e investigação científica e cooperação internacional.
- 2002** ○ Pelo Decreto-Lei nº 269-A/2002, de 29 de Novembro, é **criado o Instituto da Droga e da Toxicod dependência (IDT)**, que resulta da fusão do **Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicod dependência (SPTT)** e do **Instituto Português da Droga e da Toxicod dependência (IPDT)**, com a Missão de garantir a unidade intrínseca do planeamento, da conceção, da gestão, da fiscalização e da avaliação das diversas fases da prevenção, do tratamento e da reinserção no domínio da droga e da toxicod dependência.
- 2003** ○ É publicado o Decreto-Lei nº 1/2003, de 6 de Janeiro, que visa **reorganizar as estruturas de coordenação de combate à droga e à toxicod dependência**. A concretização da estratégia nacional de luta contra a droga e do Plano de Acção Horizonte 2004, bem como o Programa do XV Governo Constitucional, a que se associa a Estratégia Europeia e Planos de Acção Europeu 2000-2004, elimina estruturas diversificadas e dispersas, funcionando isoladamente e de forma descoordenada. Assim, é criado o **Conselho Interministerial do Combate à Droga e à Toxicod dependência**, competindo-lhe coordenar a definição e a eficaz execução da política nesta matéria. O **Conselho Nacional do Combate à Droga e à Toxicod dependência**, presidido pelo Primeiro-Ministro, é o órgão de Consulta do Primeiro-Ministro e do Governo sobre a política nestes domínios.
- 2004** ○ Passados cinco anos do seu cumprimento, procedeu-se à **avaliação da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga**, pelo disposto no despacho nº 358/2004, de 27 de Abril de 2004.
- 2006** ○ Dando continuidade a uma política nacional coerente e integradora, e em concordância com a estratégia da EU de Luta Contra a Droga 2005-2012, foi **aprovado o Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicod dependências 2005-2012**, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 115/2006, de 18 de Setembro. Foi **aprovado o Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicod dependências - Horizonte 2008**, pela Resolução do Conselho de Ministros nº 116/2006, de 18 de Setembro, retificada pela Declaração de Retificação nº 79/2006, de 17 de Novembro

- 2007** ○ Com base a Lei Orgânica do Ministério da Saúde e através do Decreto-Lei nº 221/2007, de 29 de maio, o Instituto da Droga e da Toxicodependência passa a assumir a designação de **Instituto da Droga e da Toxicodependência, I.P.** (IDT, IP), com a missão de promover a redução do consumo de drogas lícitas e ilícitas, bem como a diminuição das toxicodependências, absorvendo as atribuições dos Centros Regionais de Alcoologia do Norte, Centro e Sul. A reorientação estratégica do IDT, IP assume como investimento prioritário uma intervenção integrada sobre o fenómeno do uso/abuso de substâncias psicoactivas, surgindo neste contexto o **Plano Operacional de Respostas Integradas (PORI)** enquanto medida estruturante ao nível da intervenção integrada, procurando potenciar sinergias disponíveis no território, através da **implementação de Programas de Respostas Integradas (PRI)**, baseados em diagnósticos de territórios previamente identificados como de intervenção prioritária. As unidades de intervenção local, são organizadas por Centros de Respostas Integradas, Unidades de Desabilitação, Comunidades Terapêuticas, Unidades de Alcoologia. A **Presidência Portuguesa do Conselho da União Europeia** decorreu entre 1 de julho e 31 de dezembro de 2007. Na temática das drogas teve como objetivo, desenvolver e aprofundar a política da União Europeia (UE) em matéria de droga e toxicodependência, de acordo com a Estratégia da UE de Luta contra a Droga (2005-2012) e com o Plano de Acção da UE em matéria de Luta contra a Droga
- 2008** ○ 2005-2008. Em dezembro é aprovado o **Plano de Acção da UE de Luta contra a Droga 2009-2012** que tem como prioridades, melhorar a coordenação e a cooperação e sensibilizar os cidadãos, reduzir a procura e a oferta de droga, aumentar a cooperação internacional e melhorar a compreensão do problema.
- 2009** ○ A **Descriminalização das Drogas** e a **adoção de novas políticas de Dissuasão** implementadas em Portugal tomam reconhecimento internacional, em particular com o relatório intitulado “Descriminalização da Droga em Portugal: lições para criar políticas justas e bem-sucedidas sobre a droga” no qual, *Glenn Greenwald*, considerado entre os 25 constitucionalistas liberais mais influentes dos Estados Unidos, apresenta Portugal como um caso de sucesso quanto a políticas de droga. Também o estudo “O impacto da descriminalização das drogas em Portugal”, publicado em 2010 por *Caitlin Hughes*, criminologista e investigadora no Centro Nacional de Pesquisa sobre álcool e drogas, Austrália, projetou Portugal “além-fronteiras” ao nível das suas políticas no âmbito das drogas.
- 2010** ○ Foi aprovado o **Decreto-Lei nº 40/2010, de 28 de abril**, que reorganiza as estruturas de coordenação do combate à droga e às toxicodependências, no que respeita à definição e à execução das políticas para o uso nocivo do álcool. Assim, a **Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicodependências e do Uso Nocivo do Álcool** tem como fim uma eficaz coordenação e articulação entre os vários departamentos governamentais envolvidos nestas temáticas. São aprovados em Conselho Interministerial, a 26 de maio de 2010, o **Relatório de Avaliação Interna do Plano de Acção contra a Droga e as Toxicodependências Horizonte 2008**, o **Plano de Acção contra a Droga e as Toxicodependências 2009 - 2012** e o **Plano Nacional para a Redução dos Problemas Ligados ao Álcool 2010 - 2012**.

Anexo II

Critérios de diagnóstico para Abuso de Substâncias (DSM-IV-TR)

A. Padrão de consumo de substâncias maladaptativo que provoca incapacidade ou distress clinicamente significativo, manifestado por um ou mais dos seguintes sintomas, durante um período de 12 meses:

1. Consumo recorrente de substâncias que resulta no incumprimento das principais obrigações no trabalho, na escola ou em casa;
 2. Abuso recorrente de substâncias em situações fisicamente perigosas;
 3. Problemas legais relacionados com o abuso recorrente de substâncias;
 4. Abuso continuado de substâncias, apesar dos problemas persistentes e recorrentes ao nível social e interpessoal, provocados ou exacerbados pelos efeitos da substância;
- B. Nunca cumpriu critérios de dependência de substâncias.

Critérios de diagnóstico para Dependência de Substâncias (DSM-IV-TR)

A. O diagnóstico de dependência deve ser realizado se três ou mais dos seguintes forem experimentados ou exibidos durante o mesmo período de 12 meses:

1. Tolerância, definida quer pela necessidade de aumentar significativamente a quantidade de substância consumida para obter o efeito desejado, ou diminuição marcada do efeito com o consumo continuado da mesma quantidade da substância;
2. Abstinência, evidenciada por qualquer dos seguintes: síndrome de abstinência característico da substância ou a mesma substância é consumida para aliviar ou evitar os sintomas de abstinência;
3. A substância é consumida em maiores quantidades, durante um período de tempo superior ao pretendido;
4. Desejo persistente ou esforços repetidos sem sucesso, para reduzir ou controlar o consumo da substância;
5. Grande quantidade de tempo despendida em atividades necessárias para a obtenção e consumo da substância, ou na recuperação dos seus efeitos;
6. Abandono ou redução de atividades sociais, recreativas e ocupacionais devido ao consumo da substância;
7. Consumo continuado da substância apesar do reconhecimento de ter tido um problema psicológico ou físico persistente ou recorrente que foi provavelmente causado ou exacerbado pela substância.

Fonte: American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4ª ed., texto rev.)*. (J. C. Fernandes, Ed., & J. N. Almeida, Trad.) Lisboa: Climepsi Editores.

Anexo III

Consentimento Informado

A presente investigação decorre no âmbito de um projeto de doutoramento que pretende estudar a perceção dos comportamentos de risco para a infeção do VIH/SIDA.

Faz parte deste estudo a administração de três instrumentos que contemplam questões sobre comportamentos sexuais, consumo de substâncias, conhecimentos e estratégias de prevenção sobre o VIH/SIDA.

Toda a informação é confidencial e o seu anonimato assegurado, desta forma em caso de publicação do trabalho, o presente documento não será exposto.

Este documento visa solicitar o seu acordo em participar neste estudo de forma voluntária, estando sempre salvaguardado de que poderá desistir em qualquer momento.

Data ____ / ____ / _____

O Participante _____

O Investigador _____

Entrevista Estruturada (estudo 1)

As questões que se seguem destinam-se a um estudo sobre os conhecimentos que se tem acerca da SIDA e da sua transmissão, bem como de outras doenças virais. Pedimos-lhe que responda com a máxima sinceridade. As respostas serão estritamente confidenciais e anónimas. Para que o anonimato seja garantido, agradecemos não escrever o seu nome ou qualquer outro elemento que o identifique em nenhuma das folhas do questionário. Agradecemos desde já a sua colaboração.

Tendo em conta o seu percurso de vida, gostaríamos que nos informasse quanto a:

1. Idade: _____

2. Sexo: Masculino Feminino

3. Estado Civil _____ 4. Tem filhos? Não Sim Quantos: _____

5. Escolaridade: Analfabeto Primária 2º Ciclo 3º Ciclo Secundário Superior

6. Profissão: _____

Relativamente à sua vida privada selecione a resposta correta:

7. Número de parceiros sexuais ao longo da sua vida?

Nunca teve parceiro 1 Parceiro 2-5 Parceiros 6-10 Parceiros + 10 Parceiros

8. Na sua opinião considera que teve ou tem comportamentos de risco, no que respeita às doenças sexualmente transmissíveis?

Não Sim

9. Assinale com uma cruz os comportamentos que tem ou que já teve.

Relações sexuais sem preservativo Partilha de seringas Prática de sexo em grupo Mais do que um parceiro sexual Relações sexuais que não se lembra como aconteceram Relações sexuais sob o efeito do álcool Relação sexual desprotegida (sem preservativo) com alguém que não conhece ou acabou de conhecer Recorrer a serviços sexuais de prostituta(o)

10. Acha que o álcool interferia no seu relacionamento sexual? Não Sim

10.1 Como? Desinibidor Inibidor Excitante Relaxante Outro: _____

11. Alguma vez fez o teste para despiste da Hepatite B?

Entrevista Estruturada (estudo 1)

Não Porquê? Medo do resultado Não tem interesse/ não precisa Desconhece a doença

Nunca pensou nisso Outros motivos : _____ (passar pergunta 11)

Sim Resultado: Negativo **Positivo** O que sentiu? Revolta Alívio Medo Tristeza

Angustiado/Ansioso Seguro/Confiante Não sentiu nada Outros: _____

Há quanto tempo efetuou o teste? _____

Porque fez o teste? Desconfiança/Dúvida A pedido médico Burocracias Outros: _____

O seu parceiro(a) também efetuou o teste? Não Sim Resultado: _____

Se positivo como é que se sentiu? Preocupado Culpado Tranquilo Desinteressado Outro: _____

12. Alguma vez fez o teste para despiste da Hepatite C?

Não Porquê? Medo do resultado Não tem interesse/ não precisa Desconhece a doença

Nunca pensou nisso Outros motivos : _____

Sim Resultado: Negativo **Positivo** O que sentiu? Revolta Alívio Medo Tristeza

Angustiado/Ansioso Seguro/Confiante Não sentiu nada Outros: _____

Há quanto tempo efetuou o teste? _____

Porque fez o teste? Desconfiança/Dúvida A pedido médico Burocracias Outros: _____

O seu parceiro(a) também efetuou o teste? Não Sim Resultado: _____

Se positivo como é que se sentiu? Preocupado Culpado Tranquilo Desinteressado Outros _____

13. Alguma vez efetuou o teste do HIV/SIDA?

Não Porquê? Medo do resultado Não tem interesse/não precisa Desconhece a doença

Nunca pensou nisso Outros motivos: _____

Sim Resultado: Negativo **Positivo** O que sentiu? Revolta Alívio Medo Tristeza

Angustiado/Ansioso Seguro/Confiante Não sentiu nada Outros: _____

Há quanto tempo efetuou o teste? _____

Porque fez o teste? Desconfiança/Dúvida A pedido médico Burocracias Outros: _____

O seu parceiro(a) também efetuou o teste? Não Sim Resultado: _____

Se positivo como é que se sentiu? Preocupado Culpado Tranquilo Desinteressado Outros _____

14. Quanto ao consumo de álcool: Idade de início: _____ anos Idade de consumos excessivos: _____ anos

Unidades /dia, antes do pedido de ajuda: Vinho Cerveja Aperitivos Licores Aguardentes

Entrevista Estruturada (estudo 1)

Whisky Rum/Vodka/Gin... Shot's Outros: _____

14.1 Com que frequência consome/consumia?

Mais de uma vez por dia Mais de uma vez por semana Só ao fim de semana Só em ocasiões especiais Outros: _____

15. Já consumiu ou consome drogas ilícitas?

Não Sim

Questionário de conhecimentos / informação sobre VIH/SIDA (QCVIH)

Existe uma grande quantidade de informação sobre o VIH/SIDA difundida por campanhas de prevenção e sensibilização, pelos meios de comunicação social, por profissionais da saúde e pela população em geral.

Tendo em conta a sua experiência e os seus conhecimentos, indique com um **V (verdadeiro)** ou um **F (falso)** as afirmações que se seguem.¹

V/F

1. A maior parte das pessoas seropositivas tem um aspeto saudável.	
2. Quando se está infetado com o VIH é para o resto da vida.	
3. Uma pessoa que tem um teste VIH positivo tem SIDA.	
4. Pode-se contrair o VIH ao utilizar a sanita anteriormente usada por uma pessoa seropositiva.	
5. Pode-se contrair o VIH através da picada de mosquitos.	
6. Pode-se contrair o VIH através de relações sexuais com uma pessoa infectada.	
7. Se uma mulher seropositiva estiver grávida pode transmitir o vírus ao seu bebé.	
8. Pode-se contrair o VIH através da comida e talheres.	
9. Pode-se contrair o VIH ao doar/dar sangue.	
10. As pessoas casadas também podem ficar infetadas com o VIH.	
11. Uma pessoa pode ficar infectada se partilhar material de injeção com uma pessoa seropositiva.	
12. É um risco abraçar uma pessoa seropositiva.	
13. As pessoas infetadas com o VIH podem infetar outras através do sangue.	
14. Não há maneira de nos protegermos contra o VIH/SIDA.	
15. Existe uma vacina que nos protege do VIH/SIDA.	
16. As pessoas com SIDA necessitam estar sempre no hospital e não em casa.	
17. O preservativo usado corretamente, previne a infeção pelo VIH e outras infeções sexualmente transmissíveis.	
18. O preservativo deve ser colocado desde o início da relação sexual.	
19. Uma pessoa infetada com o VIH/SIDA não pode ir à escola nem trabalhar.	
20. A SIDA tem cura.	
21. A tosse e o espirro podem ser meios de transmissão do VIH.	
22. Um preservativo pode ser usado mais do que uma vez.	
23. As relações sexuais entre dois homens podem transmitir o VIH, se um deles estiver infectado.	
24. O uso da pílula protege a mulher de ser infetada com o VIH.	

Questionário administrado no Estudo 1 e no Estudo 2.

¹ Este questionário foi retirado do panfleto informativo da CNLCS

Entrevista Estruturada (estudo 2)

Os questionários que se seguem destinam-se a um estudo sobre o seu consumo de substâncias e os conhecimentos que se tem acerca do VIH/SIDA e da sua transmissão. Não existem respostas certas ou erradas, nesse sentido pedimos-lhe que responda com a máxima sinceridade. As respostas serão estritamente **confidenciais e anónimas**. Para que o anonimato seja garantido, agradecemos que não escrevesse o seu nome ou qualquer outro elemento que o identifique em nenhuma das folhas do questionário.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

I Parte

Tendo em conta o seu percurso de vida, gostaríamos que nos informasse quanto a:

1. Idade: _____

2. Sexo: Masc. Fem.
3. Estado Civil
4. Escolaridade: Primária 2º Ciclo 3º Ciclo Secundária
Superior Analfabeto
5. Profissão: _____
profissional: _____
6. Situação

II Parte

Agora gostaríamos que respondesse a algumas questões acerca da sua experiência de vida.

Quantos parceiros sexuais já teve:

7. Ao longo da sua vida?

1 Parceiro 2-5 Parceiros 6-10 Parceiros > 10 Parceiros

8. E no último ano?

1 Parceiro 2-5 Parceiros 6-10 Parceiros > 10 Parceiros

9. Tem atualmente uma relação duradoira/estável?

Não

Sim

9.1. Se sim, já teve algum parceiro sexual extra conjugal?

Não

Sim

10. Sabe o que são comportamentos de risco para a infeção do VIH/SIDA?

Entrevista Estruturada (estudo 2)

Não

Sim

10.1. Se sim, na sua opinião considera que já teve comportamentos de risco para a infeção do VIH/SIDA?

Não

Sim

11. Assinale com uma cruz os comportamentos que já teve.

Relações sexuais sem preservativo

Partilha de seringas

Prática de sexo em grupo

Relações sexuais que não se lembra como aconteceram

Relação sexual desprotegida (sem preservativo) com alguém que não conhecia ou que tinha acabado de conhecer

Recorrer a serviços sexuais de prostituta(o)

12. Já teve relações sexuais sob o efeito de álcool?

Não (se respondeu Não à questão número 12, passar para a questão número 13)

Sim

Se sim:

12.1 Usou preservativo?

Nunca

Algumas vezes

Sempre

12.2. O seu companheiro era ocasional?

Nunca

Algumas vezes

Sempre

12.3. Se não estivesse sob o efeito do álcool teria iniciado a relação sexual?

Não

Sim

12.4. Acha que o álcool interfere no seu relacionamento sexual?

Não

Sim

12.4.1. Se sim, como?

Desinibidor

Inibidor

Excitante

Relaxante

Outro: _____

Entrevista Estruturada (estudo 2)

13. Costuma tentar obter informação sobre o despiste do VIH junto dos seus parceiros sexuais antes de iniciar a sua atividade sexual?

Não

Sim

15.1 Se sim, de que forma? _____

14. Alguma vez efetuou o teste do VIH/SIDA?

Não

Sim

Se fez o teste:

14.1. Há quanto tempo efetuou o teste? _____

14.2. Porque fez o teste?

Desconfiança/Dúvida

A pedido do médico

Burocracias

Outros: _____

14.3. Resultado: Negativo Positivo

14.4. O que sentiu?

Revolta

Alívio

Medo

Tristeza

Angustiado/Ansioso

Não sentiu nada

Outros: _____

14.5. O seu parceiro(a) também efetuou o despiste?

Não

Sim Resultado: Negativo Positivo

Se não fez o teste:

14.6. Porque é que nunca realizou o teste de despiste do VIH/SIDA?

Medo do resultado

Não tem interesse / não preciso

Desconhece a doença

Nunca pensou nisso

Outros motivos: _____

Relativamente ao seu consumo de substâncias:

Entrevista Estruturada (estudo 2)

15. Idade de início dos consumos de álcool: _____ anos

16. Idade de início dos consumos nocivos (exagerados) de álcool: _____ anos

17. Unidades (copos) /dia, antes do pedido de ajuda:

Vinho |_____| Cerveja |_____| Aperitivos |_____| Licores |_____| Aguardentes |_____|

Whisky |_____| Rum/Vodka/Gin... |_____| Shot's |_____| Outros: _____

18. Já consumiu drogas ilícitas?

Não

Sim

Se sim: 18.1 Quais:

Haxixe

Cocaína

Heroína

LSD

Ecstasy/Anfetaminas

Colas/Solventes/Inalantes

Outros: _____

18.1.1.Com que idade consumiu pela primeira vez? _____ Anos

18.1.2.Com que idade iniciou o consumo abusivo/excessivo? _____ Anos

18.1.3.Actualmente consome? Não

Sim

Questionário de Estratégias de Prevenção do VIH/SIDA (QEPVIH)

Autor: Prof. Doutor Jorge Negreiros

Indique, por favor, as estratégias a que recorre para se proteger contra a HIV/SIDA e as Doenças Sexualmente Transmítidas (DST's). Para cada frase assinale com uma cruz a resposta mais adequada tendo em conta o seu comportamento nos **últimos 12 meses**.

	Nunca	Raras Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Sempre
1. Só tenho relações sexuais com um parceiro;					
2. Só tenho relações sexuais depois de obter informação acerca das experiências sexuais anteriores do(a) meu(minha) parceiro(a);					
3. Examinos os órgãos genitais dos meus parceiros antes de ter sexo;					
4. Só tenho relações sexuais com pessoas que conheço;					
5. Só tenho relações sexuais com pessoas de quem gosto;					
6. Só tenho relações sexuais com pessoas que têm um teste negativo do HIV;					
7. Evito ter relações sexuais com prostitutas;					
8. Tenho relações sexuais com pessoas mais novas do que eu;					
9. Procuro limitar o número de parceiros/as com quem tenho relações sexuais;					
10. Pratico sexo anal sem preservativo;					
11. Procuro conhecer os meus parceiros antes de ter relações sexuais;					
12. Pratico sexo oral sem preservativo;					
13. Tomo banho quente com sabonete antes de ter relações sexuais;					
14. O meu parceiro(a) tem que se lavar antes de termos relações sexuais;					
15. Partilho objectos de uso pessoal (agulhas, piercings, escovas de dentes, etc.);					
16. Uso preservativo com parceiros ocasionais;					
17. Procuro não ter relações sexuais;					
18. Uso preservativo com o(a) meu(minha) companheiro(a);					
19. Evito o contacto com os fluidos corporais (sangue, esperma, saliva);					
20. Pratico somente a masturbação mútua;					
21. Tenho confiança na minha boa sorte;					
22. Penso muito no problema da SIDA;					
23. Tomo muitas vitaminas;					
24. Costumo falar da SIDA com o meu parceiro antes de ter relações sexuais com ele;					
25. O meu(minha) parceiro(a) fez o teste do HIV antes de iniciarmos as relações sexuais.					

Estudo 3

Consentimento Informado

A presente investigação decorre no âmbito de um projeto de doutoramento que pretende estudar a perceção dos comportamentos de risco para a infeção do VIH/SIDA.

Faz parte deste estudo a administração de uma breve entrevista direcionada para o significado da temática do alcoolismo, toxicodependência e VIH/SIDA, que será gravada em formato áudio.

Toda a informação é confidencial e o seu anonimato assegurado, desta forma em caso de publicação do trabalho, o presente documento não será exposto.

Este documento visa solicitar o seu acordo em participar neste estudo de forma voluntária, estando sempre salvaguardado de que poderá desistir em qualquer momento.

Data ____/____/____

O Participante _____

O Investigador _____

Estudo 3

Entrevista

1. O que significa para si ser um dependente de álcool (alcoólico)?
2. O que significa para si ser um dependente de drogas ilícitas (toxicodependente)?
3. Na sua opinião como é que acha que outras pessoas vêem um dependente de álcool?
4. Na sua opinião como é que acha que outras pessoas vêem um dependente de drogas?
5. O que é para si a sida?
6. Na sua opinião o que são comportamentos de risco?
7. Acha que existe alguma relação entre consumo de álcool e o risco de ser infectado pelo VIH/SIDA?
8. E quanto às drogas ilícitas, qual acha que é a relação entre consumo e o risco de ser infectado pelo VIH/SIDA?
9. Em termos de informação sobre o VIH/SIDA como é que considera o seu nível de conhecimento?

Comportamentos de risco (definição):

Refere-se à tendência em se envolver em comportamentos que têm o potencial de ser prejudicial ou perigoso, mas, ao mesmo tempo, proporcionar a oportunidade para algum tipo de resultado que pode ser percebido como positivo.

Por exemplo, o uso de substâncias são exemplos de comportamentos de risco, pois eles podem trazer sentimentos positivos no momento, no entanto, eles também podem colocá-lo em risco de dano grave, como um acidente.

Tull, Matthew (2013). Risk Taking, retirado de <http://ptsd.about.com/bio/Matthew-Tull-PhD-26501.htm>.